

## 令和2年度 医療安全管理者養成研修実施要領

### 1. 目的

- 1) 医療安全管理者として必要な基本的知識・技術・態度の習得を目指す。
- 2) 医療安全の専門的知識と実践能力を身に着ける。
- 3) 医療安全管理者としての業務を明確にし、医療安全の推進を図る。

### 2. 実施方法

- 1) 期 間：令和2年7月14日（火）～10月25日（日）のうち7日間
- 2) 場 所：高知県看護協会会館
- 3) 対象者：医療従事者（会員・非会員を問わない）
- 4) 募集人員：50名(各施設1～2名)
- 5) 受講料（税込）

会員	非会員
33,000	66,000

納入方法：開講日1週間前までに所定の振込用紙を用いて、指定口座に振り込んで下さい。  
原則、受講料は返金しません。但し、急病などやむを得ない事情により開講日前日までに辞退があった場合は全額返還します。※振込手数料は本人負担

### 3. 研修プログラム（別紙記載）

- 1) 全日程を受講した者に、修了証書を発行する。

### 4. 応募方法

#### 1) 応募要件

- ①施設において医療安全管理者の任にある者、任を予定されている者（研修の未受講者）
- ②看護師長、副師長・主任等の任にある者
- ③上記の者であって全日程受講可能な者

#### 2) 申込方法

申込期間:令和2年4月13日(月)～5月13日(水) 12時必着

方 法：「令和2年度医療安全管理者養成研修申込書」に必要事項を記載の上、下記あて郵送又は持参してください。申込書は、公式ホームページからダウンロードできます。

※申込書、特に氏名は楷書ではっきりと記載してください。

- 3) 受講者多数の場合は、会員を優先します。

受講決定者には、振込用紙同封の上、文書で通知します。

#### 4) 連絡先

〒780-8066

高知市朝倉己825番地5 公益社団法人高知県看護協会

医療安全管理者養成研修担当者 宛

TEL:088-844-0678