

平成29年度 医療安全管理者養成研修受講申込書

※枠内の□には、該当するいずれかにレ点をつけてください。

ふりがな 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 高知県看護協会会員 会員No _____
年齢 歳	実務経験年数 年目	職種 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 他()		<input type="checkbox"/> 非会員
施設名				施設規模 病床数 床
施設住所 〒 -		☎:		内線()
自宅住所 〒 -		☎または携帯: _____		
職位 <input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副部長 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 副師長 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他()				勤務領域 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他
医療安全に関する施設の状況 <input type="checkbox"/> 専従の医療安全管理者がいる <input type="checkbox"/> 専任の医療安全管理者がいる <input type="checkbox"/> どちらもいない				
医療安全に関するあなたの役割 ※経験年数(該当するところすべてに記入してください)				
<input type="checkbox"/> 専従の医療安全管理者 (年 月～ 年 月まで 年)				
<input type="checkbox"/> 専任の医療安全管理者 (年 月～ 年 月まで 年)				
<input type="checkbox"/> 施設内の医療安全委員 (年 月～ 年 月まで 年)				
<input type="checkbox"/> 部署内の医療安全委員 (年 月～ 年 月まで 年)				
<input type="checkbox"/> その他() (年 月～ 年 月)				
医療安全に関する研修の受講歴 <input type="checkbox"/> 受講歴あり <input type="checkbox"/> 受講歴なし ※受講歴ありの方ご記入願います。				
研修名		主催		研修期間・時間
あなたの受講動機と医療安全で課題とと思っていることについて簡潔にお書き下さい。				

【看護部門責任者(施設上司)の推薦】

※申込者の管理上の実績や今後の期待等をお書き下さい。

.....

.....

.....

推薦者職位: _____ 推薦者氏名: _____

●研修会のお申し込みの際に提供いただく個人情報に関して、研修会に伴う書類作成・発送・緊急連絡などに用い、この利用範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。