

## 2019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 □男 □女		□ 高知県看護協会会員 会員No _____	
年齢 歳	実務経験年数 年 月 日	職種 □保 □助 □看 □他( )		□ 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 □看護部長 □副部長 □師長 □副師長 □主任 □スタッフ □その他( )				勤務領域 □ 病棟 □ 外来 □ その他	
医療安全に関する施設の状況 □ 専従の医療安全管理者がいる □ 専任の医療安全管理者がいる □ 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)					
□ 専従の医療安全管理者 ( _____ 年 月 ~ _____ 年 月まで _____ 年 )					
□ 専任の医療安全管理者 ( _____ 年 月 ~ _____ 年 月まで _____ 年 )					
□ 施設内の医療安全委員 ( _____ 年 月 ~ _____ 年 月まで _____ 年 )					
□ 部署内の医療安全委員 ( _____ 年 月 ~ _____ 年 月まで _____ 年 )					
□ その他( _____ )( _____ 年 月 ~ _____ 年 月 )					
医療安全に関する研修の受講歴 □ 受講歴あり □ 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され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。