

平成23年度 医療安全管理者養成研修申込書

様式 3

研修コード:4070

※		<記載上の注意点> 1. 太枠内を記入漏れのないように記載してください。 2. ※の欄は協会使用欄ですので記載しないで下さい。 3. □は該当するものに✓を付けてください。		<input type="checkbox"/> 東京都看護協会会員 <input type="checkbox"/> 他県看護協会会員 <input type="checkbox"/> その他	
ふりがな		年齢	性別	東京都看護協会会員No.(6桁)	
氏名		才	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
施設No.(4桁)	施設名	実務年数		職能(いずれか1つをチェック)	
		年目		<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 助 <input type="checkbox"/> 看 <input type="checkbox"/> 准	
施設住所 〒			TEL :		
職位 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副部長職 <input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 副師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他()		勤務領域 <input type="checkbox"/> 病棟(科) <input type="checkbox"/> 外来(科) <input type="checkbox"/> その他()		医療安全に関する役割について(経験年数) <input type="checkbox"/> 専従の医療安全管理者 (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 専任の医療安全管理者 (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 施設内の医療安全委員 (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 部署内の医療安全委員 (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> なし	
今後の予定 <input type="checkbox"/> 医療安全管理者 <input type="checkbox"/> その他()					
施設状況 <input type="checkbox"/> 専従・専任の医療安全管理者がいる <input type="checkbox"/> 医療安全管理者がいない					
今回の研修における、あなたの参加動機と学習課題を簡潔にお書き下さい。(必ず受講申込者が記入のこと)					

【看護部門責任者の推薦】 *今後の役割も含めてお書きください。

推薦者職位	推薦者氏名	印

●個人情報の取り扱いについて、当協会の個人情報保護規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。研修会のお申込に際して提供していただく個人情報に関して、研修会に伴う書類作成・発送に用い、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。