申込日　　　月　　　　日

山口県看護協会（事業係）

FAX　0835　–　24　–　1230

TEL　0835　–　28　–　7512

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

■**「平成28年度医療安全管理者養成研修修了者フォーローアップ研修」申込書■**

※対 象 者 ： 平成28年度　山口県看護協会医療安全管理者養成研修修了者

＊開催日時 ： 平成29年2月17日（金）　13:30～16:00

＊申込期限 ： 平成29年1月27日（金）まで

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設Ｎｏ． | 施設名　： | |
| 施設住所　：　〒　　　　　　－ | | ＴＥＬ　　　　　　　－　　　　－  ＦＡＸ 　　　　　 － － |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **県会員No.**  **（６桁）** | **氏名** | **職　能（該当に○）** | | | **養成研修時のグループ** | **職位・役割** |
| **保健師** | **助産師** | **看護師** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| ■連絡欄■ | | | | | | | |