申込書（28　スキルアップ）

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

FAX （　　　 　　　）　　　　　―

山口県看護協会（事業係）

FAX　0835　–　24　–　1230

TEL　0835　–　28　–　7512

e-mail jigyou@y-kango.or.jp

◆**「平成28年度医療安全管理者スキルアップ研修」申込書◆**

※対 象 者 ：　医療安全管理業務従事者（保健師・助産師・看護師）

＊開催日時 ： 平成29年3月11日（土）・12日(日)

1日目(3/11)　13:00～17:00　　　2日目(3/12)　9：00～16：00

＊申込期限 ： 平成29年2月10日　（金）まで

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **[県会員№（6桁）　]****氏名** | **医療安全管理業務での役割と経験　※注** |
| **職能****(該当に○)** | **専従者** | **専任者** | **その他****医療安全管理業務従事者** | **医療安全管理者養成研修****修了年** |
| **1** | **[ 　]** | 保健師助産師看護師 | 専従　　　　　　　年 | 専従　　　　　　　年 | （　　　　　　　）　　　　　　　年 |  |
| **2** | **[ 　]** | 保健師助産師看護師 | 専従　　　　　　　年 | 専従　　　　　　　年 | （　　　　　　　）　　　　　　　年 |  |
| **3** | **[ 　]** | 保健師助産師看護師 | 専従　　　　　　　年 | 専従　　　　　　　年 | （　　　　　　　）　　　　　　　年 |  |
| ※連絡事項等 |

※注　医療安全管理業務での役割については該当欄に経験年数を記載してください。

その他の方は役割と経験年数をご記入ください。

医療安全管理者養成研修について、研修を修了した年をご記入ください。（修了された医療安全管理者養成研修は、山口県看護協会主催のものでなくてもかまいません）