**平成２9年度医療安全管理者養成研修申込書**

●申込書の各欄に正確に記入、または該当する番号に○印を付けてください。　　　記載日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな**氏　　名** | **性別**1.男2.女 | **生年月日**19 　 年　　 月　　　日 | **年齢**　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| **1 会員**（山看協会員Ｎo　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **２　入会手続き中**　　　　　　　　　　　　　 | **3　非会員** |
| ふりがな**施 設 名** | **所属部署** | **職種**1. 保健師2. 助産師3. 看護師　 | **看護職の****実務経験**年 |
| **施設住所**　〒　　　－**ＴＥＬ：****ＦＡＸ：****e-mailアドレス：** | **職位**1.看護部長(総師長、施設長、管理者等)職2.副看護部長(副総師長、副施設長等)職　3.師長職4.主任 （副師長等）職　5.その他（　　　　　　　　　　　　　） | **医療安全に対する具体的な活動内容**［記入例：院内医療安全管理委員会委員など］ |
| **本人連絡先**（本人に直接連絡をする場合に使用させていただきます。）**ＴＥＬ：****e-mailアドレス：** |
| 施設の規模（病床数または定員数をご記入ください。） | 病床数　　　　　　床 | 定員数　　　　　　名 |
| **今回の研修参加における、あなたの参加動機と学習課題を簡潔にお書きください。** |
| **１．医療安全に関する役割について、該当する項目に✓印をつけてください。**（専従の医療安全管理者）医療安全管理業務のみに特化する。（専任の医療安全管理者）主に医療安全管理業務に従事し、他の業務との兼任が可能。□　所属施設における、専従の医療安全管理者である。　　　　　　□　所属施設における、専任の医療安全管理者である。□　所属施設において、1年以内に専従の医療安全管理者になる予定がある。□　所属施設において、1年以内に専任の医療安全管理者になる予定がある。□　該当なし**2．医療安全管理者養成研修（要件を満たす40時間以上又は5日間程度の研修）の受講経験ついて、該当する項目に✓印をつけてください。**□受講経験あり　※受講経験ありの方は、受講した研修について記載してください。　　　□受講経験なし研修名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　主催：　　　　　　　　　　　　　研修名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　主催：　　　　　　　　　　　　　**3．所属施設の状況について、該当する項目に✓印をつけてください**。□　専従の医療安全管理者が配置されている　　　　　　　　　　　□　専任の医療安全管理者が配置されている□　いずれも配置されていない |
| **推薦文・推薦理由**推薦者役職　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　㊞ |

※本会研修申込みに際して得た個人情報は、書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。もし、この範囲を出る場合には、本人の同意を得たうえで取り扱います。