**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。