山口県看護協会（事業課）

FAX　0835　–　24　–　1230

TEL　0835　–　28　–　7512

別紙：申込書

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

●**「令和元年度医療安全管理者交流会」申込書●**

※対 象 者：　山口県内の医療安全対策加算1または2施設の医療安全管理者［看護職］

（専従または専任・会員・非会員）

　　　　　　　　　　 会員である医療安全管理者（専従または専任）

＊開催日時：令和元年12月20日　（金）　9:30～12：00

＊申込期限：令和元年12月10日 （火）まで

|  |  |
| --- | --- |
| 施設Ｎｏ． | 施設名　：　 |
| 施設住所　：　〒　　　　　　－ | ＴＥＬ　　　　　　　－　　　　－ＦＡＸ 　　　　　 － － |
| 施設の医療安全対策加算について（該当に○）　　 | 1　加算1　　　2 加算2　　　3　　該当なし　　4　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 会 　員非会員※１ | 氏名 | 職　能（該当に○） | 役割（専従又は専任） | 医療安全管理者の経験年数 |
| 保健師 | 助産師 | 看護師 |
| 1 | 県会員No.（　　　　　　）非 会 員 |  |  |  |  |  | 専従　　　　　　　　年専任　　　　　　　　年 |
| 2 | 県会員No.（　　　　　　）非 会 員 |  |  |  |  |  | 専従　　　　　　　　年専任　　　　　　　　年 |
| 3 | 県会員No.（　　　　　　）非 会 員 |  |  |  |  |  | 専従　　　　　　　　年専任　　　　　　　　年 |
| ※連絡事項等 |

※1　看護協会会員の場合は（　　）に県会員№をご記入いただき、非会員の場合は非会員欄に〇をつけてください。