山口県看護協会（事業課）

**FAX　0835　–　24　–　1230**

TEL　0835　–　28　–　7512

　E-mail;jigyou@y-kango.or.jp

.or.jp

別紙：申込書

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

●**「令和3年度医療安全管理者情報交換会」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）

＊開催日時：令和3年12月10日　（金）　9:30～11：30

＊申込期限：令和3年12月 4日　（土）まで

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。