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

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

FAX （　　　 　　　）　　　　　―

申込書（R3　スキルアップ）

◆**「令和3年度医療安全管理者スキルアップ研修」申込書◆**

「医療安全管理者に求められるもの　」（仮）

〇 対 象 者 ：　医療安全管理業務従事者および医療安全管理者養成研修を

修了している看護職（保健師・助産師・看護師）　　　50名程度

〇 開催日時 ： 令和4年3月11日（金）　　13：30～16：00

＊申込期限 ： 令和4年2月26（土）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** | **医療安全管理者養成研修****修了年** |
| **1** | **[ 　]** | 保健師助産師看護師 | 専従　　　　　　　年 | 専任　　　　　　　年 | 　　　　　　　　　　　　　　　年 |  |
| **2** | **[ 　]** | 保健師助産師看護師 | 専従　　　　　　　年 | 専任　　　　　　　年 | 　　　　　　　　　　　　　　　年 |  |
| **3** | **[ 　]** | 保健師助産師看護師 | 専従　　　　　　　年 | 専任　　　　　　　年 | 　　　　　　　　　　　　　　　年 |  |
| **4** | **[ 　]** | 保健師助産師看護師 | 専従　　　　　　　年 | 専任　　　　　　　年 | 　　　　　　　　　　　　　　　年 |  |
| **5** | **[ 　]** | 保健師助産師看護師 | 専従　　　　　　　年 | 専任　　　　　　　年 | 　　　　　　　　　　　　　　　年 |  |

※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。

※医療安全管理者養成研修を修了した方で、現在、特に医療安全管理業務に携わっていない場合は、医療安全管理者養成研修の修了年欄のみご記入ください。（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）