山口県看護協会（教育課）

**FAX　0835　–　24　–　1230**

TEL　0835　–　28　–　8123

　E-mail;nintei@y-kango.or.jp

.or.jp

別紙：申込書

施設名

氏名

TEL （　　　 　　　）　　　　　―

●**「令和５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５年６月２９日　（木）　14：00～16：00

＊申込期限：令和５年６月２２日　（木）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****（該当に○）** | **医療安全管理者の経験年数** | **医療監視・病院機能評価等の経験の有無** |
| **保健師** | **助産師** | **看護師** |
| **1** | **県会員No.****（　　　　　）****非 会 員** |  |  |  |  | **専従****専任** | **専従　　　　　年****専任　　　　　年** | **有****無** |
| **2** | **県会員No.****（　　　　　）****非 会 員** |  |  |  |  | **専従****専任** | **専従　　　　　年****専任　　　　　年** | **有****無** |
| **3** | **県会員No.****（　　　　　）****非 会 員** |  |  |  |  | **専従****専任** | **専従　　　　　年****専任　　　　　年** | **有****無** |

|  |
| --- |
| 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。