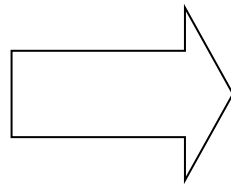


施設名	_____
氏名	_____
TEL (_____)	—
FAX (_____)	—



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

◆「令和5年度医療安全管理者スキルアップ研修」申込書◆
「失敗学から学ぶ医療安全」

友愛会グループ
一般社団法人 さとやま遊人舎
代表理事 三好 彰範 氏

- 対象者 : 医療安全管理者養成研修を修了している医療安全業務に従事する看護職(保健師・助産師・看護師)
* 今回の研修は、今後医療安全管理者養成研修受講や医療安全業務に従事する予定のある看護職(保健師・助産師・看護師)も対象とします。 50人程度

○ 開催日時 : 令和6年1月24日(水) 13:00~16:00

* 申込期限 : 令和6年1月10(水)まで

施設No.	施設名 :		
施設住所 : 〒 _____		TEL _____	_____
		FAX _____	_____

※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。

No.	[県会員No.(6桁)]	職能 (該当に○)	専従者	専任者	医療安全管理者 養成研修修了年	その他
	氏名					
1	[_____]	保健師 助産師 看護師	専従 年	専任 年		
2	[_____]	保健師 助産師 看護師	専従 年	専任 年		
3	[_____]	保健師 助産師 看護師	専従 年	専任 年		
4	[_____]	保健師 助産師 看護師	専従 年	専任 年		

連絡事項

※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)
※該当する項目のみご記入ください。