

医療安全管理者養成研修 申込書

記載日： 年 月 日

○各欄に必要事項を正確に記載、または該当するものには、シ印を付けて下さい。

ふりがな 氏 名		所属施設名（略さず正式名称でご記入ください）	
年齢 歳	実務経験(通算) 年	施設住所 〒	
入会の有無	<input type="checkbox"/> 会員（沖縄県会員No. _____）	施設TEL	
	<input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 非会員	所属施設設置主体	
職 種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立病院機構 <input type="checkbox"/> 国立大学法人	
	相当する職位など	<input type="checkbox"/> 国立（その他） <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 市町村	
<input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副看護部長職		<input type="checkbox"/> 日本赤十字社 <input type="checkbox"/> 済生会 <input type="checkbox"/> 医師会	
<input type="checkbox"/> 師長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ		<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 財団法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		<input type="checkbox"/> その他法人 <input type="checkbox"/> 都道府県看護協会	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
医療安全に関する現在の具体的な活動内容			
担当役割（例・感染対策委員、医療安全管理者・研修責任者・教育委員・プリセプター等） ：施設内、看護部内、病棟内、専任、兼任等を具体的に明記のこと			
あなたの受講動機についてお書きください。			

※空欄のないよう該当事項の記入をお願い致します。（コピー使用可）

- ・不明な点がある場合は、確認をさせていただくことがあります。ご了承下さい。
- ・本研修申し込みで得た個人情報、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。