

お申し込みFAX番号：03-6431-1414

平成29年度【e-ラーニング活用型】医療安全管理者養成研修 専用申込書 群馬

記入上の注意点

- ・記入漏れがないように記入してください。
- ・□は該当するものに◎レ点チェックを入れてください。()内は記述してください。

ふりがな 受講者氏名	年齢 才	性別 □男□女	群馬県看護協会会員 No.
施設名・部署(部署名、病棟名など)	実務年数 年 月 日		
	職能 □保健師 □助産師 □看護師 □その他()		
施設住所 〒 電話: FAX:			
メールアドレス: ※定期的にお知らせを送信しますので、必ずご記入ください			
職位 □看護部長職 □副部長 職□看護師長職 □副師 長職□主任職 □スタッフ □その他()	勤務領域 □病棟 □外来 □手術室 □その他()	医療安全に関する役割(経験年数) □専従の医療安全管理者(年 カ月) □専任の医療安全管理者(年 カ月) □施設内の医療安全委員(年 カ月) □部署内の医療安全委員(年 カ月)	
今後の予定 □医療安全管理者 □その他()			
施設状況 □専従の医療安全管理者がいる □専任の医療安全管理者がいる □医療安全管理者がいない			
医療安全に関する3日間以上の研修をしたことがある方は記入してください。 (研修会名) (主催者名) (受講年)			
今回の研修における、あなたの参加動機と学習課題を簡潔にお書きください。 ----- -----			

看護部門責任者の推薦【必須】 推薦者: 職位() 氏名(自署) _____

事務局からの連絡欄 * 申込者記入不要(該当□に、◎レ点チェック)

FAX申込受付(学研⇒申込者様): 「平成29年度 養成研修」のFAX申し込みを拝受しました(月 日)

申し込み連絡(学研⇒協会様): 上記、お申し込みを拝受しましたので、ご連絡申し上げます(月 日)

FAX申込受付(協会様⇒学研): 申し込みを確認しました(月 日)

入金確認(学研⇒申込者様): ご入金を確認しました(月 日)

※事務局欄: □振込案内発送(月 日) / □入金確認(月 日) / □テキスト・ID発送(月 日)