

お申し込みFAX番号：03-6431-1414

平成28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

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 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	奈良県看護協会会員 No.
	実務年数 年目		
施設名・部署名	職能 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副部長 職 <input type="checkbox"/> 看護師長職 <input type="checkbox"/> 副師 長職 <input type="checkbox"/> 主任職 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他()	勤務領域 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> その他()	医療安全に関する役割(経験年数) <input type="checkbox"/> 専従の医療安全管理者(年 カ月) <input type="checkbox"/> 専任の医療安全管理者(年 カ月) <input type="checkbox"/> 施設内の医療安全委員(年 カ月) <input type="checkbox"/> 部署内の医療安全委員(年 カ月)	
今後の予定 <input type="checkbox"/> 医療安全管理者 <input type="checkbox"/> その他()			
施設状況 <input type="checkbox"/> 専従の医療安全管理者がいる <input type="checkbox"/> 専任の医療安全管理者がいる <input type="checkbox"/> 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。			

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)

<input type="checkbox"/> FAX申込受付(学研⇒申込者様):「平成28年度 養成研修」のFAX申し込みを拝受しました(月 日) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> FAX申込受付(協会様⇒学研):申し込みを確認しました(月 日) <input type="checkbox"/> 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)