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 新潟

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	新潟県看護協会会員 No（6桁） □□□□□□
施設名・部署（部署名、病棟名など）	実務年数 年目		
	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	勤務領域	医療安全に関する役割（経験年数）
□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（　　）	□病棟 □外来 □手術室 □その他（　　）	□専従の医療安全管理者（　　年　　ヵ月） □専任の医療安全管理者（　　年　　ヵ月） □施設内の医療安全委員（　　年　　ヵ月） □部署内の医療安全委員（　　年　　ヵ月）

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。（100文字程度）

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）