

お申し込みFAX番号： 03-6431-1414

平成30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①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	性別 □男□女	群馬県看護協会会員 □はい 会員No. _____ □いいえ
	実務年数 _____ 年 月 日		
施設名・部署(部署名、病棟名など)	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 <input type="checkbox"/> 看護部長職 <input type="checkbox"/> 副部長 <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 ヵ月) <input type="checkbox"/> 専任の医療安全管理者(年 ヵ月) <input type="checkbox"/> 施設内の医療安全委員(年 ヵ月) <input type="checkbox"/> 部署内の医療安全委員(年 ヵ月)	
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。 <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/>			

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、①レ点チェック)

FAX申込受付(学研⇒申込者様):「平成30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)