

お申し込みFAX番号： 03-6431-1414

2019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 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	群馬県看護協会会員 <input type="checkbox"/> はい 会員No. _____ <input type="checkbox"/> いいえ
	実務年数 _____ 年目 _____		
施設名・部署(部署名、病棟名など)	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。 _____ _____			

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)

<input type="checkbox"/> FAX申込受付(学研⇒申込者様): 「2019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)