2019年度宮崎県医療安全管理者養成研修

　　　　　**修了者対象公開講座　参加申込書**

**申込み先**宮崎県看護協会　医療安全推進委員会　宛て

**Ｆ Ａ Ｘ　　０９８５－５８―２９３９**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施 設 名 |  | 　　FAX |
| 連 絡 者 |  | 　　　　　　　　　　　　　　TEL |
|  |  |  |  |
| **氏　　名** | **１.専従の****医療安全管理者****２.専任の****医療安全管理者****３.１,２を除く****医療安全担当者****４.その他** | **宮崎県看護協会会員番号**※非会員は「非」と記入 | **修了****年度** | **10/11****10/12****（金・土）** | **10/17****（木）** | **10/22****（火）** | **11/24****（日）** |
| 1． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 2． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 3． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 4． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 5． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 6． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 7． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 8． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 9． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 10． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 11． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 12． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 13． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |
| 14． | １ ２ ３ ４　　 　 |  |  |  |  |  |  |

**※締め切り：9月13日（金）16時**

※10/11・12（金・土）の講座は2日間（2講座）とも受講可能な方のみ受付けます。

※１，２，３，４について、該当するものに○をしてください。

※宮崎県看護協会会員の方は必ず会員番号を記入して下さい。