|  |
| --- |
| FAX送信用紙（かがみ不要。この用紙のみ送信して下さい） |
| 送信先：宮崎県看護協会　　FAX：0985‐58‐2939 |
| ※ 本申込書の受付け後、協会から返信FAXします。 |
| お手元に届かない場合はお電話でお問い合わせください。 |

**医療安全研修会　～心理的安全と医療安全～　　　　申込書**

**開催日：9月7日(土)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **施設名** | | **TEL** | |
| **申込み責任者** | | **FAX** | |
| 氏　　名  （優先順に記入） | 宮崎県看護協会  会員番号  ※非会員は「非」と記入 | 職　　種 | 役割 |
| 看護職の方は保・助・看・准看のいずれかを記載、看護職以外の方は職種を記載 | ①専従医療安全管理者  ②専任の医療安全管理者  ③医療安全員等  ④その他 |
| 1． |  |  |  |
| 2． |  |  |  |
| 3． |  |  |  |
| 4． |  |  |  |
| 5． |  |  |  |
| 6． |  |  |  |
| 7． |  |  |  |
| 8． |  |  |  |
| 9． |  |  |  |
| 10． |  |  |  |

* **申込者氏名は優先順位で記載してください。**
* **締め切り： 8月19日（月）16時**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ♦協会からの回答・返信欄 | | |  |  |  |  |  |
|  | □ 申込書を受け付けました。キャンセルは、必ずお知らせ下さい。 | | | | | | | |
|  | （返信欄） | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 担当（　　　　　　　　　　） | | |