令和２年度 宮崎県看護協会教育研修

**様式 4**

**医療安全管理者養成研修　申込書**

受付No：

（協会記入）

* 申込書の各欄は正確に記入または該当する項目に○印をつけてください。
* 会員番号を必ずご記入ください。
* 施設から複数名を申込む場合は、必ず推薦順位をご記入ください。
* 応募期間を厳守し郵送でお申込みください。（令和２年７月29日～8月11日16時必着）
* この情報は本研修に係る以外の目的には使用いたしません。
* 受講決定通知は、応募期間終了後20日以内に施設の責任者宛に郵送でお知らせします。

|  |
| --- |
| １．会員（宮崎県No：　　　　　　　）　　　２．入会手続き中　　　３．非会員 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推薦順位 | ふりがな |  | 職種 | 1．保健師 ２．助産師 ３．看護師  4．その他（　　　　　　　　　） |
|  | 氏　名 |  |
| 所属施設 | 施設名 | | | 病床数  　　　（　　　　　　）床 |
| 所在地  〒 | | | TEL： |
| FAX： |
| 職　　位 | １．看護部長（総看護師長）　　２．副看護部長（副総看護師長）　　３．看護師長  ４．副看護師長・主任　　5．スタッフ　　6．その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 受講動機 | | | | |
| 医療安全に関し相当する役割について、該当する番号に○をつけてください。（必須）  　１．専従の医療安全管理者である  　２．3年以内に専従の医療安全管理者になる予定がある  　３．専任の医療安全管理者である  　４．3年以内に専任の医療安全管理者になる予定がある  　５．その他 | | | | |
| 推薦理由 | | | | |
| 推薦者役職　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | |