|  |
| --- |
| 　FAX送信用紙（かがみ不要。この用紙のみ送信して下さい）　※ 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。 |

送信先　宮崎県看護協会

FAX：0985‐58‐2939

**医療安全研修会　申込書　（開催日：12月5日 土曜日）**

**申し込み期間：10月1日（木）～１０月23日（金）16時**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **＊施設名** |  | **TEL：** |
| **FAX：** |
| **＊申込み責任者** |
| 氏　　名 | 宮崎県看護協会会員番号（※非会員は、非と記入） | 職　　種 | 役割 | 実務年数 | 職　位（空欄の場合はスタッフとみなします） |
| 看護職の方は保・助・看・准看のいずれかを、看護職以外の方は職種を記入 | 1. 専従の医療安全管理者
2. 専任の医療安全管理者
3. 医療安全委員など
4. その他

＊いずれかを選択 |
| 1． |  |  |  |  |  |
| 2． |  |  |  |  |  |
| 3． |  |  |  |  |  |
| 4． |  |  |  |  |  |
| 5． |  |  |  |  |  |
| 6． |  |  |  |  |  |
| 7． |  |  |  |  |  |
| 8． |  |  |  |  |  |
| 9． |  |  |  |  |  |
| 10． |  |  |  |  |  |

**※個人会員の方は、＊がついている項目については該当する場合ご記入ください。**

|  |
| --- |
| 　♦協会からの回答・返信欄 |
| 　□申込みが定員を超えました。貴施設の申込者を（　　）名に調整お願いします。今回やむなく参加を取り消された方のお名前に『二重線』を記入していただき、（　　/　　）までに再送してください。 　　　　　担当（　　　　　　　　　　）□ 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。担当（　　　　　　　　　　） |
| （返信欄）　 |