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

応募期間：8月24日（月）～9月11日（金）16時

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施 設 名 | 　　　　 | TEL： |
| FAX： |
| 申し込み責任者 |  |
|  |  |  |  |
| **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** | **10/9****10/10****（金・土）** | **10/23****（金）** | **10/27****（火）** | **11/27****（金）** |
| 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　　 　 |  |  |  |  |  |  |

※10/9・10（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。

|  |
| --- |
| 申し込みされた方は、基本的に全員受け付けますので、返信はいたしません。人数調整が必要な時はご連絡いたします。 |