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。 |