**医療安全推進委員会主催 医療安全研修会申込書　　　　　 様式　4**

■研修管理システム「マナブル」からのお申し込みにご協力ください。（詳細は協会HP参照）

■上記システムでお申し込みが困難な場合はこの用紙で、ＦＡＸでのお申し込みを受け付けます。

**FAX番号：0985‐58‐2939**（かがみ不要。この用紙のみ送付してください）

■応募修了後1週間以内に返信いたします。

届かない場合は電話（0985-58-0640）でお問い合わせください。

■応募が定員を超えた場合は人数の調整が必要となりますので、優先順位をご記入ください。

■受講料支払い方法を必ず選択してください。受講料は施設で取りまとめて期限内にお支払いください。

申込日：　　　月　　日

|  |
| --- |
| 研修名： |
| 開催日：　　　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **施 設 名** | |  | | | **TEL：** | | |
| **FAX：** | | |
| 申込み責任者名（職位） | | | | | | | |
| 優先  順位 | 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  （スタッフは空欄でもOK） |
| 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   ＊番号を選択し記入 |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| **受講料支払い方法を右から選択　　　　　　１　コンビニ決済　　　　　2　指定銀行振込** | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 協会からの回答欄  ◆申込書を受け付け、優先順位（　　）番～（　　）番までの、（　　）名の受講決定をいたしました。  キャンセルをされる場合は、必ずお知らせ下さい。  担当（　　　　　　　　　　） |
| 返信欄 |