

医療安全管理者養成研修受講申込書

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
会員情報		<input type="checkbox"/> 会員	都道府県看護協会会員番号
		<input type="checkbox"/> 他都道府県看護協会会員	
		<input type="checkbox"/> 非会員	免許取得後の 実務経験年数 年
申込者所属施設	名称		
	住所	〒	
	電話番号		
	Fax番号		
医療安全管理者歴	<input type="checkbox"/> 現任()年 ※1年未満切り上げ	<input type="checkbox"/> 未経験	
【受講理由】	医療安全管理者として自部署における医療安全上の課題解決に取り組むにあたり本研修で習得したいことは何か、具体的にご記入ください。		
推薦者	役職	氏名	(印)

【個人情報の取扱について】

本会の個人情報保護法規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申込で得た個人情報は研修会に伴う書類作成・発送に用い、この範囲を超えて利用することはありません。