

医療安全管理者養成研修の申込み

1	受講者氏名	苗字と名前の間はひとまず空けて入力	
2	受講者氏名	ふりがな	
3	職種	看護職の方は看護職と入力	
		看護職以外の方は職種	
4	施設の状況	施設名	
		所在地郵便番号（半角でハイフン無で入力）	
		所在地（神奈川県は不要）	
		施設長名	
		施設長の役職名	
		病床数	
5	問い合わせ先	部門	
		役職	
		担当者名	
		電話番号（半角でハイフンを入れて入力）	
		メールアドレス	
6	医療安全に関する業務の状況（あてはまる番号を1つ入力）		
	1 医療安全管理者として業務を行っている		
	2 医療安全管理者として業務を行うことが予定されている		
	3 部門および部署のリスクマネージャー		
	4 医療安全教育を担当		