

平成 30 年度 医療安全管理者養成研修（受講申込書）

平成 年 月 日

神奈川県立保健福祉大学長 様

平成 30 年度 医療安全管理者養成研修に次の者を受講者として推薦し、申込みます。

施設名 _____

(施設長)

役職名 _____

氏名 _____ 公印

受講者の施設名				
所在地・電話番号		〒 _____ 電話番号 (_____)		
申込に 関する 問い合 わせ先	部門名			
	役職		担当者名	
	電話番号		E-mail	
受講者の氏名・職種		医療安全に関する業務の状況 (該当するものに○をつけてください)		
ふりがな 氏名		<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療安全管理者として業務を行っている ・ 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 		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護職 ・ その他 (_____) ※どちらかに○をし、その他の場合は職種を()内に記載してください。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 部門および部署のリスクマネージャー ・ 医療安全教育を担当 		
ふりがな 氏名		<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療安全管理者として業務を行っている ・ 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 		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護職 ・ その他 (_____) ※どちらかに○をし、その他の場合は職種を()内に記載してください。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 部門および部署のリスクマネージャー ・ 医療安全教育を担当 		

※各施設 2 名までの応募とします。ただし、看護職は 1 名までとしてください。

【裏面あり】

施設の状況		
病床数		床
医療安全対策加算の状況 (該当するものに○をつけてください)		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療安全対策加算 1 を取得している ・ 医療安全対策加算 2 を取得している ・ 今後、医療安全対策加算を取得する予定 ・ 医療安全対策加算を取得する予定はない 		
研修修了者の有無 (該当するものに○をつけてください)		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設内に医療安全対策に係る適切な研修を修了した医療有資格者がいる ・ 施設内に医療安全対策に係る適切な研修を修了した医療有資格者がいない 		
施設としての推薦理由 (施設の状況や、受講者の状況等をご記入ください)		