

2021 年度 医療安全管理者養成研修 受講申込書および基本情報

受付日*	受付番号*	受講番号*
/		

※当センター記入欄

太枠内すべてを正確に記入してください。

記入日 月 日

ふりがな				性別	男 ・ 女	顔写真 縦 4cm×横 3cm * 申込時不要 開講日持参
氏 名				生年月日	西暦 年 月 日	
施 設 名				年齢	2022 年 2 月 5 日現在 歳	
職 種		職 位		実務経験年数	通算	年
書類送付先	施 設 ・ 自 宅 (どちらか○で囲んでください)					
連絡先 (すべて記入)	施 設	〒 -				(内線)
		TEL : - -				
		直通または内線 : (直通)				
	FAX : - -					
部署 (病棟名、フロア名) :						
自 宅	〒 -				携帯 :	
	TEL : - -					
	FAX : - -					
※アドレス	(施設と自宅のどちらかで連絡のつくアドレスを記入してください。)					

医療安全管理業務への関わりについて、当てはまるものを○で囲んでください。

- 1 専従の医療安全管理者 (医療安全管理者のみに従事)
- 2 専任 (兼任) の医療安全管理者 (医療安全管理者以外の業務にも従事)
- 3 医療安全管理者になる予定
- 4 業務に従事する予定はないが関心がある
- 5 その他 ()

【個人情報の取り扱い】

提出された個人情報については、本研修の実施運営に関わる作業を目的として使用し、これ以外の目的では使用いたしません。