**平成30年度　【e-ラーニング活用型】医療安全管理者養成研修申込書**

（様式10）

　　　　　　　　　　 ・申込書は、コピーまたはホームページからダウンロードしてご使用下さい。

　　　　　　　　　　・空欄のないように該当事項をご記入下さい。

　　　　　　　　　　・□枠には、レ印で該当するものを選択して下さい。

　　　　　　　　　　・郵送で長野県看護協会へお送り下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒390-0802　　長野県松本市旭2-11-34

長野県看護協会教育部　医療安全管理者養成研修担当

申込日　　平成30年　5月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 | | 職種  薬剤師  保健師  助産師  看護師  その他（　　　　　） | | 会員・非会員  長野県薬剤師会会員  会員No  長野県看護協会会員  会員No  非会員 |
| 職位 | 実務経験年数  年目 |
| 施設名 | | | | 長野県以外の方  日本薬剤師会会員  日本看護協会会員  会員No 　　 非会員 |
| 部署 | | | |
| 施設住所　〒　　　　－　　　　　　　　☎　　　　（　　　）　　　　　　内線（　　　　　　　） | | | | |
| 受講動機をお書きください。 | | | 医療安全に関する現在の役割  専従の医療安全管理者  専任の医療安全管理者  施設内の医療安全委員  部署内の医療安全委員  その他（　　　　　　）  なし | |
| 医療安全で課題と思っていることについて簡潔にお書き下さい。 | | |
| 【部門責任者（施設上司）の推薦】 | | | | |
| 申込者の管理上の実績や今後の期待等をお書き下さい。        　　　推薦者職位：　　　　　　　　　　　　　推薦者氏名： | | | | |

個人情報の取り扱い：研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成、発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱う事はありません。

お問い合わせ先

　　　一般社団法人長野県薬剤師会

　　　公益社団法人長野県看護協会

　　　株式会社学研メディカルサポート