

公益社団法人千葉県看護協会 事業第一課 行  
FAX 043-248-7246

第13回 医療安全担当者交流会参加申込書

施設名 \_\_\_\_\_ (病床数 \_\_\_\_\_ 床)

部署 \_\_\_\_\_ 職位 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

\* 複数人参加の施設は、一人一枚にご記入ください。

今後、千葉県看護協会の各地区部会内での交流を活性化させていくために、医療安全担当者地区交流会を実施（継続）する上で、リーダーシップの役割を担っていく人材育成を兼ねて実施いたします。

\* 以下の情報を教えてください。

(○をつけ、必要事項をご記入ください)

1 所属地区	千葉県看護協会 ( ) 地区部会 * グループワークは、地区別にグルーピングする予定です。
2 医療安全管理者養成研修 受講	
	① 日本看護協会 <平成 年度 受講>
	② 千葉県看護協会 <平成 年度 受講>
	③ その他 ( ) <平成 年度 受講>
3 医療安全に関わる所属先	
	① 医療安全管理室、医療安全管理部 等
	② 医療安全委員会、安全管理委員会 等
	③ その他 ( )
4 職務及び職務年数 (医療安全関係の年数をご記入ください)	
	① 専従 (専従歴 年)
	② 専任 (専任歴 年)
	③ 兼任 (兼任歴 年)
	④ その他 ( ) (歴 年)

平成30年1月8日(月)までにお申し込み下さい。