

平成30年度 日本看護協会教育計画 研修申込書(様式2) コピー可

220. 医療安全管理者養成研修 (平成30年9月6~7日、9月10~14日開催)

会場：日本看護協会神戸研修センター

●該当事項の全てを正確に記入し、番号には○印を付けてください。未記入の場合は、申し込みを受理できないことがあります。

ふりがな		氏名		所属施設について (所属先がある方のみご記入下さい)	
年齢	性別	実務経験 (通算)		1. 病院・有床診療所 1.に○をつけた方は、所属する病棟の医療機能を下記から選択してください (1) 高度急性期 (2) 急性期 (3) 回復期 (4) 慢性期 (5) 地域包括ケア病棟 (6) 介護医療院 (7) 医療連携室 (8) 病棟以外 (外来・手術室・看護管理室など) 2. 無床診療所 3. 訪問看護ステーション 4. 介護福祉施設 5. 教育機関 6. その他 ()	
職種	1. 保健師 3. 看護師	2. 助産師 4. 准看護師	年		
認定資格・認証 (有の場合のみ記入ください)		所属施設名 (略さず正式名称でご記入ください)			
1. 認定看護管理者 2. 専門看護師 (分野:) 3. 認定看護師 (分野:) 4. その他 ※アドバンス助産師など ()		施設住所 〒 - (都道府県名から記入ください)			
1. 会員 日本看護協会会員No. _____ 会員歴 _____ 年 2. 入会手続中 3. 非会員		施設TEL 施設の規模 (病床数もしくは定員) 床 (名)			
都道府県名 会員 : 入会している都道府県 手続中 : 入会の手続きをしている都道府県 非会員 : 所属先・自宅のある都道府県		所属部署 (例: 病棟名や【地域連携室】などの部署名 ※電話連絡時に使用) 勤務領域 (例: 主な診療科名や業務内容を簡潔に) 当該領域での勤務年数 (1年単位で切り上げ) 年			
職位など 1. 看護部長 (総師長、看護局長など) 看護部長以上に相当する職位にある者 (施設長・所長など) 2. 副看護部長・副看護部長に相当する職位にある者 3. 看護師長・看護師長に相当する職位にある者 (ユニット長・課長など) 4. その他 ()		医療安全に関する現在の具体的な活動内容			
研修参加における受講動機		医療安全に関する役割について、該当する項目に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 所属施設における、専従の医療安全管理者である。 <input type="checkbox"/> 所属施設において、1年以内に専従の医療安全管理者になる予定がある。 <input type="checkbox"/> 所属施設における、専任の医療安全管理者である。 <input type="checkbox"/> 所属施設において、1年以内に専任の医療安全管理者になる予定がある。			
医療安全管理者養成研修 (要件を満たす40時間以上又は5日間程度の研修) の受講について、該当する項目に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 受講経験あり ※ 受講経験ありの方は、受講した研修について記載してください。 研修名 () 開催日 (年 月) 主催 () <input type="checkbox"/> 受講経験なし		推薦文・推薦理由			
		推薦者役職		推薦者氏名	

本研修申込書は、下記の＜個人情報の取り扱い＞に同意したものととして、管理いたします。

＜個人情報の取り扱い＞

本会の個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本会研修申し込みに関して得た個人情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習コースや研修評価に伴う調査依頼、研修案内、研修受講履歴を会員専用ページ「キャリアパス」で会員本人が参照可能となるよう会員情報管理体制ナースシッパへの連携に用い、この利用目的の範囲を超えて、個人情報を取り扱うことはいたしません。もし、この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。

<申込書送付先>封筒表に「●●研修申込書在中」と明記し、下記までお送りください (返信用封筒は不要)。 ※応募期間内必着

〒651-0073

兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通1-5-1-4F

日本看護協会神戸研修センター総務管理部

電話 078-230-3250(代表)