

2019年度 日本看護協会教育計画 研修申込書(様式2) コピー可

記載日： 月 日

研修番号	219	研修名	医療安全管理者養成研修
開催期間	2019年9月5～6日・9月9～13日	開催場所	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。

氏名 氏名 年齢 性別 実務経験(通算) 職種 認定資格・認証(有の場合のみ記入ください) 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 () 会員状況 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 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 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 <input type="checkbox"/> 受講経験なし 受講ありの方は、受講した研修について記載してください 主催: 研修名: 開催日: 年 月 研修参加における受講動機 推薦文・推薦理由 推薦者役職 _____ 推薦者氏名 _____ 印 _____		所属施設について 1. 病院・有床診療所 2. 無床診療所 3. その他 () 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) 救急・集中治療病棟 2) 急性期病棟 3) 回復期病棟 (4) 慢性期病棟 5) 地域包括ケア病棟 6) 介護医療院 (7) 地域連携室 8) 病棟以外(外来・手術室・看護管理室など)) 所属施設の医療安全対策加算の届出状況について 1. 加算1 2. 加算2 3. 1年以内に加算1を届出予定 4. 1年以内に加算2を届出予定 5. 届出予定なし 所属施設名(略さず正式名称でご記入ください) 所属部署名(例: 病棟名など ※電話連絡時に使用) 施設住所 〒 _____ (都道府県名から記入ください) 施設TEL _____ 施設の規模(病床数もしくは定員) _____ 床(名) _____ 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 医療安全に関する役割の実務経験年数 ※専従・専任の方は、医療安全管理者としての実務経験年数を記載してください。医療安全管理者でない方は、所属施設の医療安全に関する委員等の実務経験年数を記載してください。 実務経験年数(1年単位で切り上げ) _____ 年
--	--	---

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。本会研修申込に際して得た情報は、以下の利用目的の範囲内でのみ利用し、利用目的以外で利用することはありません。①本会の研修を受講する際の本人確認②本会の研修に関する連絡・情報提供等③アンケートその他の方法による本会の事業推進に資する情報収集④研修受講履歴を会員向けマイページ「キャリアパス」で会員本人が参照可能となるための会員情報管理体制ナーストップとの連携(①～④の具体例: 研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニュースや研修評価に伴う調査依頼、研修案内等での利用)

＜申込書送付先＞封筒表に「219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)