2024年度「医療安全管理者養成研修」受講推薦書

受講申込者氏名

【推薦理由】

本受講者は、研修受講要件\*をすべて満たしており、研修の全時間・日程を受講できるよう勤務調整致します。

　　\*受講要件①現在医療安全管理者の任にある、または1年以内に担う予定であること

　　　　　　 ②全時間受講可能であること

(望ましい要件)看護師長に相当する職位以上であること

推薦者所属施設

推薦者役職

推薦者氏名（自署） 　　　　　　　　　　　　　印