平成３０年度リスクマネジャー交流会参加申込書

施設名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　）

住　所　：〒　　　－

TEL　：　　　　－　　　－　　　　　FAX　：　　　　－　　　　―

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名（看護協会会員番号） | 年齢 | 医療安全管理への関わり（役割を記載して下さい） | 看護師職位（該当箇所に○を付けてください） | 職種 |
| ①専従リスクマネジャー②専任リスクマネジャー③看護部の医療安全委員④部署の医療安全担当者 | 部長 | 副部長 | 師長（主任） | 副師長 | スタッフ | 他 |
| 例）山田　花子　（会員番号記入） | 40 | 　　　④ |  |  |  | ○ |  |  | 看護師 |
| 氏名：会員№ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名：会員№ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名：会員№ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊専従のリスクマネジャー（医療安全管理者）とは、医療安全管理業務に専ら従事する者

＊専任のリスクマネジャー（医療安全管理者）とは、他の業務との兼任が可能

**申し込み方法**

**必要事項を記載の上、大分県看護協会まで郵送またはFAXでお送りください**。

**【送り先】**

**大分県看護協会　事業部　FAX番号　097-545-3751**

**締め切り９月１１日（火）12:00迄**

本交流会申込書内の個人情報は、参加者数、参加者の背景把握、研修でのグループ編成、事業評価時の使用を目的としています。活動報告内への使用時は個人が特定できないように処理いたします。それ以外の目的では使用いたしません。