

令和2年度「医療安全管理者養成研修」受講推薦書

様式3

本様式は WEB 申込後に返信用封筒を添えて郵送してください。

受講応募コース		受付番号	事務局処理欄
<input type="checkbox"/> 第1回 <input type="checkbox"/> 第2回		※応募完了メール記載の 受付番号をご記入ください	
申込者	住所 〒 —		
	所属施設		
	氏名		

看護部長または看護部門責任者が受講される場合は病院長の推薦

本推薦者は、研修受講4要件を満たしており、研修の全日程7日間とフォローアップ研修に参加できるよう勤務調整します。		
推薦者役職	_____	
氏名	_____	印

- 個人情報の取り扱い：当協会個人情報管理規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。
個人情報は研修会に伴う書類作成・発送・連絡に用い、この利用範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。