

令和5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

(第1回・第2回：4/7～5/12 必着、第3回：12/1～12/22 必着)

受講応募コース		受付番号	事務局処理欄
☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3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	返信先住所 〒 —		
	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

[推薦理由]	
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。 *受講4要件 ①看護師としての実務経験（准看護師経験を除く）が5年以上である ②現在、医療安全管理者の任にある、または今後担う予定である ③7日間（42時間）全日程に参加可能である ④6ヶ月後のフォローアップ研修に参加可能である	
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。