**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 |  |

|  |
| --- |
| ［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 |

**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**