

令和 6 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 : 4/5~5/10 必着、第 3 回 : 11/22~12/20 必着)

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 <input type="checkbox"/> 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
- ③ 7 日間（41 時間）全日程に参加可能である
- ④ 6 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。