

医療安全管理に関する研修会 受講申込書

申込日:平成 年 月 日

研修開催日	平成 年 月 日()			番号	09 -
研修会名	医療安全管理者養成研修会 和歌山県リスクマネジャー交流会・フォローアップ研修会 医療安全管理者養成研修会 公開講座 第 回				
施設名	(個人会員は記入不要)				
担当者名					
電話番号			F A X		
優先順位	氏名	職位	専任・兼任	和歌山県 会員番号 ^{6桁}	備考
1			専任・兼任・その他		
2			専任・兼任・その他		
3			専任・兼任・その他		
4			専任・兼任・その他		
5			専任・兼任・その他		
6			専任・兼任・その他		
7			専任・兼任・その他		
8			専任・兼任・その他		
9			専任・兼任・その他		
10			専任・兼任・その他		

現在、リスクマネジャーは【専任】ですか？【兼任】ですか？
【その他】の場合は、備考欄に詳細を記入願います。

各項目は全てご記入願います。ご記入に漏れがあった場合、受け付けられない場合がございますので、ご注意願います。

個人情報については以下の目的で使用いたします。なお、研修申込時点を持って、下記内容に記載された内容に同意したものと判断いたします。(研修会に伴う書類作成・発送/学習ニーズ把握(講師への情報提供)及び講師の受講生確認のための名簿作成/グループワーク時の名簿作成)

必ず優先順位のご記入をお願い致します。

この研修会は(社)和歌山県看護協会会員対象研修会となっております。