



FAX送信票

申込先 FAX : 088-632-1084

宛先 公益社団法人徳島県看護協会 柏原 宛

平成30年度医療安全対策研修会・医療安全管理者交流会 申し込み書

施設名 _____ 電話番号 _____

参加申込者

受講者氏名	職務： RMなど	医療安全管理者研修 受講の有無	会員 非会員	領収書 要・不要
			徳島県看護協会 の会員番号	
		有 無	会員 非会員	要・不要
		有 無	会員 非会員	要・不要
		有 無	会員 非会員	要・不要
		有 無	会員 非会員	要・不要

○ 医療現場で患者・家族との間で生じたトラブルがあれば下記にご記入ください。

※記載内容は本研修でのグループワークでの討議に使用させていただくことをご了承ください。

【医療安全の取り組み・情報交換では、他の施設における医療安全管理者の役割や活動内容などを知ることによって、新しい発見や今後役に立つことがあります。】

申込書に記載された個人情報は、この研修以外には使用しません。