

応募期間をご確認ください。応募期間外に届いた申込書は受け付けできません。

申込先 FAX 011-863-3204

【注】「e-ラーニングを活用した 医療安全管理者養成」は、Web申し込みです。※詳細は北海道看護協会のホームページをご参照ください。

令和3年度 北海道看護協会

【Web(Zoom活用)研修】 医療安全管理者養成 研修会 申込書

【留意事項】

- 当該研修会は「Web研修」で実施します。
- Web研修に参加するためには、以下①・②が必須となりますので、ご確認のうえお申し込みください。
  - ①1人1台視聴するパソコン等機器(カメラ・スピーカー 付き)やインターネット環境の準備ができる。
  - ②Zoomの事前接続テストに参加できる。(実施日は受講決定通知にてお知らせします)

▼施設推薦順位について

同施設より2名以上の申し込みがある場合は、看護管理者が順位を決定し、必ずご記入ください。  
※応募者が定員を超え記入がない場合は、当協会の選考になります。

※空欄の無いように該当事項をご記入ください。  
※該当箇所の□枠にレ印をご記入ください。

申込日 令和 3 年 月 日

施設推薦順位	研修会No. <b>50</b>	研修会名 <b>医療安全管理者養成 研修会</b>
開催期間		令和 3 年 4 月 12 日 ~ 4 月 17 日
フリガナ	2021年度	
氏名 ※看護師免許証に記載されている漢字をご記入ください。	1 <input type="checkbox"/> 会員 2 <input type="checkbox"/> 手続中(会費納入 月 済・予定) 3 非会員 <input type="checkbox"/> 過去に会員だった ※会員番号がわかる場合はご記入ください。 <input type="checkbox"/> 会員になったことがない	
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 歳	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
職能 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師	看護職の通算経年数 年 ヵ月	
会員No.	道会員No. ※ゼロも含め 6ケタ	JNA会員No. ※ゼロも含め 8ケタ
相当する職位 ※いずれかの番号を選択し、記入欄にご記入ください。該当する職位がない場合は、同等の職位を選択してください。	記入欄	
1 看護部長(総師長)職 2 副看護部長(副総師長)職 3 師長職 4 副師長・主任職(副主任を含む) 5 スタッフ 6 養成所・学校の教員 7 訪問看護ステーション所長 8 その他( )		
フリガナ	勤務先電話番号	
勤務先名	-	

自宅送付希望 ※受講の可否通知を自宅送付にする場合は、下記の欄をご記入ください。

送付先自宅住所	自宅電話番号	-
〒 -	日中の連絡先電話番号	-

▼ 当該研修会は以下の受講要件を満たしていることが必要です。ご確認のうえ、必要箇所をご記入ください。

【受講要件】 以下の受講要件を全て満たしているので申し込みします。

- 所属する医療機関で医療安全管理者の任にある者、または今後医療安全管理者の任につく予定の者  
医療安全に関する現在の役割 ▶  専従の医療安全管理者  部署内の医療安全委員  施設内の医療安全委員  
※該当する□枠にレ印をご記入ください。  
 専任の医療安全管理者  部署内のリスクマネージャー  なし
- 保健師・助産師・看護師
- 全日程(6日間)受講できる者
- 過去に「医療安全管理者養成」を受講していない者

【看護部門責任者の推薦】 '申込者は研修を受ける要件を満たしている'ことを確認したので推薦します。

※記入が無い場合は受け付け  
できません。

推薦者 氏名(自署)

職位

個人情報の取り扱い

研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送のほか、研修受講履歴を会員専用ページ「キャリアース」で会員本人が参照できるよう、会員情報管理体制ナー  
スシップへ連携するために利用します。また、これによって知り得た情報は、研修会での利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

お問い合わせ先: 北海道看護協会事業部教育課 TEL:011-861-3273