**申込〆切**

**１月８日（金）**

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　　石山　宛

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

令和２年度医療安全対策研修会・医療安全管理者交流会

申込書

**施 設 名　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号**

**＜参加申込者＞**

**※Zoomによる研修となった場合に使用するアドレスを記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |
| **メールアドレス：** | | | | |
|  |  |  | 有　　　無 | 会　員　・　非会員 | 要・不要 |
|  |
| **メールアドレス：** | | | | |
|  |  |  | 有　　　無 | 会　員　・　非会員 | 要・不要 |
|  |
| **メールアドレス：** | | | | |

**〇　医療事故調査制度に関して疑問や困っていることをご記入ください。**

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。