

【申込先】大阪府医師会 医療安全支援室 FAX:06-6763-7551

申込み締切り 令和3年11月5日(金)

令和3年度「医療安全推進指導者講習会」受講申込書

- 受講希望のテーマに○を付し、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込みください。
- word形式のデータにご入力いただくか、手書きの場合は読み取りやすい楷書体でご記入ください。
- 本申込書1枚につき、1名分のみのお申込みを受け付けます。同一施設より複数名のお申込みがある場合には、人数分の申込書をご用意ください。
- 今年度の受講料は、すべて無料です。
- 参加の可否については、事前に郵送等にてご連絡いたします。

開催日	開催時間	講演テーマ	受講希望の テーマに○
【第1日】 令和3年 11月20日(土)	14:00~15:30	医薬品の安全管理対策	
	15:50~17:20	医療事故調査制度	
【第2日】 令和3年 11月27日(土)	14:00~15:30	院内感染対策	
	15:50~17:20	ポリファーマシー	
【第3日】 令和3年 12月18日(土)	14:00~15:30	医療機器の安全管理対策	
	15:50~17:20	医療の質向上と医療安全推進	
【第4日】 令和4年 1月15日(土)	14:00~15:30	コーチング流マネジメントで組織活性化	
	15:50~17:20	医事紛争の法的責任と患者対応	

氏名:	フリガナ()
所属施設住所: 〒	※受講票および受講証明書の送付先
電話番号:	FAX番号:
メールアドレス:	
職種: 医師・看護師・薬剤師・PT・OT・ST・臨床検査技師・臨床工学技士 事務職員・その他()	※該当するものに○
所属施設:	
所属部署:	役職:
緊急連絡先(携帯電話・ご自宅等):	※必ずご本人と連絡がとれる連絡先をご記入ください