

【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5年10月6日(金)

令和5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。
- 同一施設より複数名の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
【第1日】 10/21(土)	講義①	13:00~14:30	メディエーション	
	演習①	14:45~18:00	【演習】苦情対応の実践 ロールプレイ・ワークショップ	
【第2日】 11/11(土)	講義②	13:00~14:30	医療機器の安全管理対策	
	講義③	14:45~16:15	医療機関における暴力・ハラスメント対策	
	講義④	16:30~18:00	意思決定能力のない患者のインフォームド・コンセント	
【第3日】 12/2(土)	講義⑤	13:00~14:30	医薬品の安全管理対策	
	演習②	14:45~18:00	【演習】インシデント分析の基礎 普段使いできるPmSHELLモデル分析	
【第4日】 1/20(土)	講義⑥	13:00~14:30	院内感染対策	
	演習③	14:45~18:00	【演習】医療の質向上と医療安全推進を目的としたチームでの取り組み	
【第5日】 2/3(土)	講義⑦	13:00~14:30	医療事故調査制度	
	演習④	14:45~18:00	【演習】コーチング流マネジメントで組織活性化	

氏 名: フリガナ()

所属施設:

所属部署:

役職:

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・

※該当するものに○ 診療放射線技師・事務職員・その他()

【緊急連絡先(携帯電話・自宅等)】

※必ず本人と連絡がとれる連絡先をご記入ください