**【申込先】 大阪府医師会　医療安全支援室**

**ＦＡＸ：０６－６７６３－７５５１　　ＴＥＬ：０６－６７６３－７４００**

**申込み締切り　令和２年１０月９日（金）**

**令和２年度 「医療安全推進指導者講習会」 受講申込書**

※受講を希望されるテーマに○を付し、必要事項をご記入の上、ＦＡＸにてお申込みください。

※データをご入力いただくか、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。

※本紙１枚につき１名分をご記入ください。複数名の場合は人数分をご用意ください。

※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便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**  **10月２４日（土）** | 14:00～15:30 | ポリファーマシー |  |
| 15:５0～17:２0 | 医療事故調査制度 |  |
| **第２日**  **11月7日（土）** | 14:00～15:30 | 医療機器の安全管理対策 |  |
| 15:５0～17:２0 | 医薬品の安全管理対策 |  |
| **第３日**  **11月21日（土）** | 14:00～15:30 | 新型コロナウイルスの現状と対策等に関して |  |
| 15:５0～17:２0 | 医療の質向上と医療安全推進 |  |
| **第４日**  **12月5日（土）** | 14:00～15:30 | 院内感染対策 |  |
| 15:５0～17:２0 | 医療安全に関する研修の企画・運営 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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ご連絡先をご記入ください | | | |