

「医療安全推進指導者講習会」個別受講申込書

※下記、必要事項をご記入の上、FAXにてお申込み下さい。

※パソコンで入力するか、読み取りやすい楷書体でご記入下さい。

※本紙1枚につき1名様をご記入下さい。(複数名の場合は、本紙をコピーしてご使用ください。)

★受講希望講座 ※受講希望講座の右端の欄に○を付けてください。

1日目 H30.10.20 (土)	医療事故調査制度①(制度について)	受講料なし	
	医療安全の施策	受講料なし	
	ポリファーマシー	1,000	
	メディエーション	1,000	
2日目 H30.11.17 (土)	患者家族とのコミュニケーション・苦情ワークショップ	3,000	※追加日程で開講
	医療事故調査制度②(AIと解剖の重要性)	受講料なし	
	医事紛争の法的責任とクレーム対策	1,000	
3日目 H30.12.1 (土)	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	3,000	
	超高齢社会の医療安全を考える(フレイル)	1,000	
	医薬品の安全管理対策	受講料なし	
4日目 H30.12.15 (土)	医療チームの安全を支えるノンテクニカルスキル	1,000	
	除細動器・AEDの適正な使用法と安全管理	1,000	
	医療機器の安全管理対策	受講料なし	
	臨床現場における倫理	1,000	
5日目 H31.1.19 (土)	コーチング流マネジメントで組織活性化	1,000	
	インシデント・アクシデントからの教訓	1,000	
	超高齢社会の医療安全を考える(認知症患者のケア)	1,000	
	院内感染対策	受講料なし	
6日目 H31.2.2(土)	事例分析(ImSAFER)	3,000	※追加日程で開講
	医療安全に関する研修の企画・運営	受講料なし	
7日目 H31.2.16 (土)	医療事故調査制度③(初期対応)	受講料なし	
	他業種から学ぶ“航空機整備におけるヒューマンエラー対策”	1,000	
	新しい医療安全へのアプローチ“レジリエンス・エンジニアリング”	1,000	
追加開催 H31.2.3(日)	事例分析(ImSAFER)	3,000	
	患者家族とのコミュニケーション・苦情ワークショップ	3,000	

氏名:	フリガナ()		
所属施設住所:	〒		
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:		

※講演ごとの個別受講希望の方の受講料は、当日会場にて徴収いたします。