

佐賀県看護協会

「2026年度 医療安全管理者養成研修」受講申込書

申し込み締切 5月22日(金) 17:00必着

申込日: 令和 年 月 日

研修開催日: オンデマンド研修: 令和8年7月1日(水)～令和8年10月16日(金) 集合研修: 令和8年10月23日(金)

研修会名: 2026年度「医療安全管理者養成研修」

施設名: (役職)担当者名

担当者連絡先: TEL FAX

優先 順位	フリガナ 氏名 (楷書で記入のこと)	eラーニング受講用メールアドレス ・eラーニング受講のためのIDとパスワードを各個人アドレス宛てに送信するために必要です	職種	経験 年数 《基準》 新卒=0	佐賀県 会員番号 (6桁)						職位および役割	注) ①氏名は修了証を作成 しますので、正式な漢字 でご記入ください ②メールアドレスの記載 間違いがないように ご注意ください ③職位および役割は、 さしつかえなければ ご記入ください ④記載もれがないように ご確認ください ⑤申し込み締切までに郵送に てお申込みください 【必見】集合研修では、オンデ マンド研修の資料を使用しま すので、必ずご持参いただき ますよう周知をお願いします
			1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師		《注》 ・万・10万の桁の0は省略可。							
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

個人情報については次の目的で使用します。なお、研修申込時点をもって、下記内容に同意したものと判断します。
《研修会に伴う書類作成・発送/講師への情報提供/研修の企画運営》