

2026 年度 医療安全管理者養成研修 受講推薦書

受講申込者氏名 _____

【推薦理由】

.....
.....
.....
.....

本受講申込者は、研修受講要件*をすべて満たしており、研修プログラムの全時間を受講できるよう所属施設として勤務調整いたします。

- 【*受講要件】 ①現在、医療安全管理者の任にある者、または 1 年以内に当該任を担う
予定の者
②上司の推薦があること（本紙の提出）
③2026 年度の本研修プログラムを全時間受講可能であること
上記要件のほか、看護師長に相当する職位以上にあることが望ましい

推薦者所属施設 _____

推薦者役職 _____

推薦者氏名（自署） _____ 印