

医療安全管理者養成研修会 事務局	確認印
------------------	-----

年 月 日

## 「医療安全管理者」更新申請書

公益社団法人 日本精神科病院協会 御中

下記の通り「医療安全管理者」の更新を申請いたします。

### 記

(ふりがな)

1. 申請者名

\_\_\_\_\_

(ふりがな)

2. 勤務先法人名

\_\_\_\_\_

(ふりがな)

3. 勤務先施設名

\_\_\_\_\_

<例：看護師>

4. 資格

\_\_\_\_\_

5. 認定番号

\_\_\_\_\_

6. 認定日

\_\_\_\_\_ 年 月 日

7. 発行団体名

\_\_\_\_\_

8. 研修実績

受講研修時間 時間 (内医療安全関連 時間)

※ 条件：受講研修20時間 (内医療安全関連10時間以上)

※ 研修実績表を添付

9. 管理者確認

別紙研修実績表に相違ありません。

(病院名)

\_\_\_\_\_

(管理者)

\_\_\_\_\_ 印