

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

別紙 2 <研修実績表>

受講時間：単位分

[illegible]

※日精協ホームページからもダウンロードできます。<http://www.nisseikyo.or.jp>

※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さい。