

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

研修会名	主催者	研修受講時間 (内医療安全)	受講年月日	管理者 承認印
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
		()		
合計（小計）		()		

※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。