

別紙3 2024(R6)年度 医療安全管理者養成研修会 受講申込書（新規・更新）

⇒申込後、振込情報を記載した「申込完了メール」を連絡先メールアドレスに自動返信いたします。

受講決定通知は当日の受講受付書となりますので、大切に保管してください。

※申込書は読み取りやすい楷書体でご記入ください。略語・簡易文字を記入すると受付が出来ない場合があります。

※2名様以上の申し込みをされる場合は、申込書をコピーしてご利用ください。

▼受講研修会 ※受講する研修会をお選びください（該当する項目を□⇒■に塗りつぶし、又はレ点をつけて下さい）

☐ 新規研修会	☐ 更新研修会
--------------------------------	--------------------------------

▼受講者情報

フリガナ 姓：	フリガナ 名	性別： ☐ 男性 ・ ☐ 女性
職 種	(該当する項目を□⇒■に塗りつぶし、又はレ点をつけてください) ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ 技師 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 公認心理師 ☐ その他()	
役 職		職歴： 年 ヶ月
認定番号	No. (更新受講者のみ)	

▼受講者所属施設情報

勤務先 法人名	フリガナ		
勤務先 施設名	都道 府県	市区 町村	
電話番号：	FAX番号：		
連絡先メールアドレス※必須 受講者1名につき、1メールアドレス でお申込みください @			
会員種別：（該当する項目を□⇒■に塗りつぶし、又はレ点をつけてください） ☐ 日精協の会員(会員病院)です⇒会員番号：(—) ☐ 日本精神科医学会準会員です⇒会員番号：(—) ☐ 非会員です			

*** 更新受講者は、別途、郵便にて「更新申請書(別紙1)・研修実績表(別紙2)」を事務局宛にご郵送下さい。**

※研修会開催日の7日前からキャンセル料が発生いたします。必ず一度、お電話にてご連絡ください。

《個人情報の取り扱いについて》

受講申込書により取得しました個人情報は、事業の運営上必要な事務連絡や円滑な運営管理・統計分析のみに利用します。

なお、上記業務の一部を第三者機関に委託する場合がありますが、利用目的の範囲を超えて利用することがないよう、管理・保護を徹底します。ご不明な点は、事務局までお問合せください。

ホームページからも「参加申込書」をダウンロード
できます。 <http://www.nisseikyo.or.jp>

*** 更新申請書送付先 〒108-8554 東京都港区芝浦3丁目15番14号
(公社)日本精神科病院協会 医療安全管理者養成研修会係 宛 (お問合せTEL:03-5232-3311)**