

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. 認定日又は受講修了日 _____ 年 月 日
※認定証をご確認の上、「認定日」又は「受講修了日」を記入してください。
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。