お申込日　　年　月　日

↑ FAX送信先 03－5232－3309 ※送り状は不要です

別紙3 2025(R7)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

ﾌﾘｶﾞﾅ 姓：	ﾌﾘｶﾞﾅ 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	ﾌﾘｶﾞﾅ
勤務先 施設名	ﾌﾘｶﾞﾅ 都道　　　　市区 府県　　　　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）