

No.12 医療安全管理者養成研修《e-ラーニング活用型》

岡山県看護協会長 殿

推薦状 兼 受講申込書

年 月 日

《推薦者》施設代表者またはそれに準ずる者

施設番号					施設名	
推薦者 氏名					役職	
所属施設住所 (会員不在施設の場合)	〒 -					
連絡先	TEL	(内線)			FAX	

次の者を、令和2年度医療安全管理者養成研修《e-ラーニング活用型》の受講生として推薦します。

《被推薦者》

氏名					<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	会員 番号				
職種	1.看護職 2.その他 ()	職位	1.看護部長 3.師長職 5.スタッフ	2.副看護部長 4.主任(副師長)職 6.その他()	経験 年数		年			
推薦理由										

駐車場利用希望の場合は車のプレートNo.を記入してください。
(希望者多数により使用不可の場合はその旨連絡します。)

プレート
No.

(例)岡山 330 あ 12-34

受講申込期間：2020年6月1日(月)～10日(水)

注)この研修は、申込締切後すぐに(株)学研メディカルサポートに教材等の発注
を行います。
締切後のキャンセルはできませんのでご了承ください。

【問合せ先・申込先】

(公社)岡山県看護協会 岡山県看護研修センター
〒700-0805 岡山市北区兵団4番31号
Tel.086-221-7223 Fax.086-221-7236