

医 第 9 8 8 号

平成 2 9 年 8 月 8 日

各 病 院 管 理 者 様

千葉県健康福祉部長

(公印省略)

医療安全に関するワークショップの受講者の推薦について(依頼)

このことについて、関東信越厚生局長から別添のとおり依頼がありましたので、参加を希望される場合は、8月25日(金)までに(期限厳守)FAXで別紙申込書を送付して下さるようお願いいたします。

受講者の決定につきましては、担当課から E-mail で御連絡する予定です。

《連絡先》

千葉県健康福祉部医療整備課

医療指導班 高田

TEL 043-223-3884

FAX 043-221-7379

## 参加申込書（FAX 送付票）

千葉県健康福祉部医療整備課 高田行き

（FAX 043 - 221 - 7379）

医療機関名			
医療機関所在地			
病床数	床（総数）		
医療安全対策加算の 施設基準取得の有無	有・無	無の場合、今後、 届出の予定の有無	有・無
電話番号			
FAX 番号			
メールアドレス*			
連絡担当者			

\* メールアドレスは結果の連絡をする際に使用させていただきます。

## 医療安全に関するワークショップ参加申込

推薦枠*	ふりがな氏名*	年齢	性別	職種	医療安全管理 委員会等の役職	所定の研修 終了の有無	e-mail アドレス
1・2・3						有・無	
1・2・3						有・無	

- 1：医療安全管理者  
2：行政機関  
3：医療機関管理者（院長、副院長等）及び医療安全管理者等

\* 推薦枠は1・2・3のいずれかに をつけてください。

（詳しくは別添 3 受講者推薦要領を御覧ください。）

\* 推薦枠1・2は5日間全て受講可能であること。

\* 推薦枠3は12月4日、5日、8日のいずれか又は全て受講可能であること。

\* \* 所定の研修は、別添3（1）推薦枠1の3）という研修

**申込期限 平成29年8月25日（金）必着**