（別添）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

日本歯科医師会　行

（FAX：０３‐３２６２‐９８８５）

医療事故調査制度研修会　参加申込書

○参加される方の下記の事項をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 勤 務 先  （医院名等をご記入ください） |  |
| 勤務部署  **※病院勤務場合のみ** | □医療安全管理部署（専従）　□医療安全管理部署（専任）  □医療安全管理部署以外 |
| 職　　種 | □歯科医師　□医師　□歯科衛生士　□歯科技工士  □看護師　□その他医療職　□事務 |
| 役　　職 | □管理職　　　□管理職以外 |
| 連絡先住所 |  |
| 連絡先TEL／FAX | （TEL）　　　　　　　　　　　　　／（FAX） |
| メールアドレス |  |
| 医療安全管理者養成研修受講の有無※1 | □　有　　　　□　無 |

※1　医療安全対策加算に係る研修（通算40時間以上）のことで、日本看護協会、日本病院会、日本医師会等が行っているものです。ご参考までにお聞きしているもので、この受講の有無に関わらず、本研修にはお申込みいただけます。なお、歯科外来診療環境体制加算に係る研修ではありませんので、ご注意下さい。

（留意事項）

※定員は約100名となっております。参加の受付を完了いたしましたら、本会から申込者にFAXにて参加受付票にてお知らせいたします。

なお、定員に達した時点で締め切りとさせていただきます。締め切りとなりました場合には、その旨のご案内をさせていただきますので、何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

※参加費は当日受付でお支払いをお願いします。お釣りが発生しないようお願いします。