

院内研修依頼書

依頼日	平成 年 月 日
施設名	
所在地	〒 -
担当者	様 所属/役職
連絡先	TEL - - FAX - -

希望日時	平成 年 月 日 (曜日) : ~ :
研修テーマ ※該当番号に○印	① 医療安全管理の基礎 (総論) ② 患者安全におけるノンテクニカルスキル ③ 身体拘束とリスクマネジメント ④ 転倒・転落とリスクマネジメント ⑤ 院内感染とリスクマネジメント ⑥ 院内における医療安全管理教育 ⑦ その他 () ー重視ポイントー
対象部署	全職員 看護部 その他 ()
予算	万円 (交通費・宿泊費 2 名分: 含む 別途)
会場設備	・プロジェクター (有 無) ・スクリーン (有 無) ・マイク (有 無) ・ホワイトボード (有 無) ・PC 用スピーカー (有 無)

その他のご要望

<お問い合わせ先>

一般社団法人日本病院管理協会 医療安全管理室 院内研修係

〒104-0061 東京都中央区銀座 7 - 1 3 - 6 銀座サガミビル 2 F

フリーダイヤル:0120-075-078 F A X :03-6869-2890