

FAX 送付先：0797-87-1208

「医療安全担当者の交流会

～高齢患者の安全対策：転倒～」参加申込書

日時：2019年2月21日（木）14：00～16：00

場所：宝塚商工会議所

（宝塚市栄町2丁目1-2 ソリオ宝塚2 6F）

※会場の都合により定員20名で締め切らせていただきます。（先着優先）

1. 申し込み担当者名： _____

2. 施設名： _____

3. 所属部署： _____

4. 連絡先（住所）： _____

勤務先・自宅（いずれかに○を記載下さい。）

〒

TEL： _____（内線）

FAX： _____ ※FAX 番号は必ず記載して下さい。

参加申込者（申し込み担当者が参加する場合は、再度お名前をご記入下さい）

所属部署：職種	氏名	医療安全担当は
		専従・専任・兼任 (○をして下さい)
		専従・専任・兼任 (○をして下さい)

グループ振り分けの参考に、以下の質問にご記入下さい。

1. 病床数（ ）床

※本テーマに関したご質問や日頃業務する中でお困りになっていること、医療安全管理者にお聞きになりたいことなど事例などありましたらご記入下さい。

[_____]

兵庫県看護協会 阪神北支部 医療安全委員会

担当：市村 理恵子（宝塚市立病院 医療安全対策室）

連絡先：0797-87-1161 FAX 0797-87-1208

締め切り：平成31年2月15日(金) 17：00