医療安全管理に係る実務経験

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

該当事項にチェック

↓

□ A：セーフティマネジャー1年以上の経験

　　□　　　年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日　勤務

　　□　　　年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日　勤務予定(※)

（※）採用の場合に限る。

□ B：各医療施設の医療安全推進部門において半日もしくは

1日単位で計24日分以上実務者として勤務

　　□　　　年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日　勤務

　　□　　　年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日　勤務予定(※)

（※）採用の場合に限る。

|  |
| --- |
| （備考） |

年　　　月　　　日

　　　　　（昇進の場合には以下の部門長の署名・捺印を要する。採用時はブランク可）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療施設名 |  |
| 医療安全推進部門名 |  |
| 部門長名 | ㊞ |

（注）

１．昇進に際し、上記AまたはBのいずれにも該当しない場合には、必ず所定の外部研修を受講するものとし、申請に当たっては、本様式に代わり、当該研修の修了証の写しを提出すること。

２．採用・昇進を問わず、上記Aに相当する役職を経験した場合、またはBと同等の経験がある場合には、再度経験することを必須としない（備考欄にAに相当する役職またはBと同等の経験の内容を記入のこと）。