(様式6-1)

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：学内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

□ B：学内医療施設の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

　　　※2017年度以降の勤務の場合は様式６「セーフティマネジャー研修報告書」の添付が必須。

　　□　　　年　　月　　日 ～　　　年　　月　　日　勤務予定

|  |
| --- |
| （備考） |

年　　　月　　　日

（勤務予定の場合はブランク可）

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