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6-2「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

（以下の部門長の署名・捺印を要する。）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療施設名 |  |
| 医療安全に関わる部門名 |  |
| 部門長名 | 　　　　　　　　　　㊞ |

（注）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、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。