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

（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。