

「平成 29 年度医療・介護施設の安全を考える交流会（第 4 回）」

参加申込書



1. お名前 _____ 職種 (_____) (会員・非会員)
_____ 職種 (_____) (会員・非会員)
_____ 職種 (_____) (会員・非会員)
2. 施設名 _____
3. 電話番号 : _____
4. F A X 番号 : _____
5. 福祉用具を活用した移動で「成果があった取組み」や「悩んでいること」「解決したいこと」を簡潔にお書き下さい。また日頃の医療安全に関する活動の中で、悩みや解決したいことなども簡潔にお書きください。

尚、お書きいただいた情報は、医療・介護施設の安全を考える交流会および、安全管理委員会の資料以外の目的には使用いたしません。

公益社団法人長崎県看護協会 安全管理委員会

*当日は動きやすい服装でおこしてください。

FAX 番号 : 0 9 5 7 - 4 9 - 8 0 5 6 (〆切 11 月 30 日)