

令和元年度高知県医療安全管理研修会参加申込書

高知県健康政策部医事薬務課 明神 行

FAX 088-823-9137

MAIL 132101@ken.pref.kochi.lg.jp

医療機関名: _____

住 所: _____

担当者名: _____ 連絡先: _____

参加希望者氏名

参加希望 順位	職 名	職 種	氏 名
1			
2			
3			

※1 医療機関から複数名の方の申込をする場合は、参加希望順に氏名をご記入ください。

- 1 日 時 令和元年11月16日(土) 13:30~16:00 (受付13:00~)
- 2 演 題 「患者との協働で築く医療安全」
- 3 講 師 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML
理事長 山口 育子 氏
- 4 場 所 高知県立ふくし交流プラザ 多目的ホール (高知市朝倉戊375-1)
- 5 対象者 高知県内の医療機関等で医療安全に従事する職員
- 6 その他
 - ・会場の都合上、参加申込者が定員を超える場合は参加をお断りさせていただきますので、ご了承ください。
 - ・ご希望通り参加できる場合については参加者決定のご連絡はいたしません、参加人数を調整させていただく場合はご連絡いたします。
 - ・会場の駐車可能台数に限りがあるため、乗り合わせや公共交通機関のご利用にご協力をよろしく願います。
 - ・会場にテーブルはございませんので、筆記用ボード等の持参をおすすめします。
 - ・天候不良等により開催中止となる場合は、11月15日(金)13時00分に医事薬務課ホームページに掲載しますのでご確認ください。