

様式 1 (表)

公益社団法人神奈川県看護協会医療安全推進ネットワーク 運営要領、倫理規程及び会員名簿取扱規程についての同意書

私は、交流の場、情報交換などで知りえた情報や閲覧した会員名簿等について、当ネットワーク以外に開示・漏洩することのないよう厳重に管理を行うため、運営要領の第 1～6 章、「I 倫理規程」の第 1～7 項及び「II 会員名簿取扱規程」の第 1 項について同意し厳守します。

また、上記規程を守らなかった場合には、ネットワークから除名されることに同意します。

1. 署名年月日

年 月 日

2. ご所属

3. ご署名

※ ご記入は楷書ではっきりとお願いいたします

3 に署名したものについて神奈川県医療安全推進ネットワークへの参加を許可します。

施設長(所属長)

役職名

氏名

※ ご記入は楷書ではっきりとお願いいたします

裏面に医療安全管理者養成研修会についての記入と受講証の貼付をお願いします。

様式 1 (裏)

研修歴

医療安全管理者養成研修受講年度 平成・令和 _____ 年度

研修主催団体 _____

研修名称 _____

研修日数または時間 _____ 日・時間

受講証貼付