

平成 31 年度 東京都看護職員地域確保支援事業(気軽にさくっと体験コース)

実施施設申込書

法人名		
施設名		
所在地・最寄駅	〒 ( 線 駅)	
代表者職・氏名	印	
看護管理者・氏名	印	
連絡先	職・氏名： 電 話： ファクシミリ： メールアドレス：	
研修実施時期	※日程が確定していない場合は「〇月〇旬頃」等と御記入ください。 ※随時受入可能な場合は「随時受入可」と御記入ください。	
過去実施年数	平成 30 年度以前に同様の研修を実施したことがありますか。	はい( 年間) いいえ
安全管理体制	1 個人情報の安全管理について、施設内における管理・責任体制が明確にされていますか	はい/いいえ
	2 医療事故の防止に関する指針・マニュアルがあり、看護に活用されていますか	はい/いいえ
	3 医療事故発生時の対応手順が職員に周知されていますか	はい/いいえ
	4 感染防止対策に関する指針・マニュアルがあり、看護に活用されていますか	はい/いいえ
	5 感染者に対しての適切な処遇・対応の方法が職員に周知されていますか	はい/いいえ

※「医療事故対策・感染管理等に関する規程」及び「情報管理・個人情報の取扱いに関する規程」を御提出ください。

※別紙に研修計画を御記入ください。