

## セミナー参加申込書【Fax 用】

### 「患者安全のためのRapid Response Systemの取り組み」

平成29年2月27日(月)18:00受付18:30開始

申込先:おきなわクリニカルシミュレーションセンター

FAX:098-895-1229

|                         |  |                 |  |
|-------------------------|--|-----------------|--|
| ふりがな                    |  |                 |  |
| 氏名                      |  |                 |  |
| 勤務先名称                   |  |                 |  |
| 部署名                     |  |                 |  |
| 職種(医療従事者)<br>(○をしてください) | 看護師 ・ 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師<br>検査技師 ・ リハビリスタッフ ・ 介護士<br>その他(ご記入: _____ ) |                 |  |
| 電話番号                    | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 所属先        | 携帯番号<br>(緊急連絡用) |  |
| Fax番号                   |  |                 |  |
| メールアドレス                 |  |                 |  |

～ アンケートにご協力ください ～

1. RRS(Rapid Response System)の事を聞いたことはありますか？

ある  なし

2. 貴医院でRRS(Rapid Response System)を行っていますか？

ある  なし

3. RRS(Rapid Response System)に参加したことがありますか？

ある  なし

いつ、どこで (あると答えた方のみ)

|  |
|--|
|  |
|--|

3. 今後あると良いワークショップ

|  |
|--|
|  |
|--|

定員に達し次第締め切りとさせていただきますのでご了承ください。(TEL:098-895-1220)