厚生労働科学研究費補助金 　医療安全対策の普及と実装に向けた研究事業

**最高質安全責任者CQSO養成事業募集要項**

出願書類について

**(1)履歴書**[様式1]

○ 電話番号は連絡のつく番号（携帯電話など）と所属機関の内線番号を記載してください。

○ 学歴は入学および卒業・修了を分けて記載してください（下記参照）。

○ 年代には西暦を使用し、古いものから順に記載してください。

○ 安全管理の経験の有無（または予定）についても記載してください。

○ 資格・学位の欄に医籍登録番号、専門医などの資格について記載してください。

（例）学歴・職歴

19XX年4月 ○○大学医学部 入学

19XX年3月 ○○大学医学部 卒業

19XX年4月〜20XX年3月 △△病院 初期臨床研修医

20XX年4月〜20XX年3月 △△病院 後期研修医

20XX年4月 ○○大学大学院医学研究科 医学教育学博士課程 入学

20XX年3月 ○○大学大学院医学研究科 医学教育学博士課程 修了

20XX年4月〜現在 △△市立病院 糖尿病内科 医長

（例）安全管理者歴

20XX年4月 △△市立病院 医療安全管理委員

20XX年4月〜現在 △△市立病院 医療安全管室　副室長

（例）資格・学位

19XX年5月 医師免許証 医籍登録番号第XXXXXX号

20XX年12月 日本内科学会認定総合内科専門医 認定番号XXXX

 **(2)受講承諾書**[様式2]

○ 出願者と同じ医療機関に所属し、その勤務環境に責任を持てる立場の方が記載して

ください（直属の部課長など）。

○ 大学院生については所属大学院の研究科長及び指導教授の承諾書をお願いします。

**(3)推薦状**[様式3]

○ 出願者と同じ医療機関に所属し、直属の部課長と院長の連名で記載してください。

○ 出願者が部課長の場合、院長のみの記載で可。

○ 大学院生については所属大学院の研究科長及び指導教授の推薦状をお願いします。

○ 推薦状を記載するにあたり、出願者自身が院長などである場合はお問い合わせください。

**(4)志望動機と修了後の展望**[様式4]

○ 本人がご記入ください。

○ 様式4の１枚に納めるようにまとめてください。

**(5)所属医療機関の体制**[様式5]

○ どなたがご記入いただいても結構です。

**(6)医師免許証（写）**

○ 医師・歯科医師免許証を**A4サイズに縮小**してください。

 **その他、記載にあたってご不明な点があればお問い合わせください。**

名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部 ASUISHI/QSO事務局

メールアドレス: hrcjimu@med.nagoya-u.ac.jp

問い合わせ時間：月曜日から金曜日9時～16時

履歴書

様式1

【3×4cm】

裏面に氏名を記載

もしくは画像

ファイルの貼付け

西暦　　　　年　　　月　　　日　現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）（ローマ字）氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 性別 | 1.男2.女 |  |
| 　生 年 月 日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日　生　　　（出願時　　 　歳） | 希望連絡先[ ] 勤務先　[ ] 携　帯 |
| 勤務先住所 | 〒 | 勤務先電話番号・内線 |
| 携帯電話番号 |  |
| 現 職 | 所属医療機関名部局名院内での部署横断的な役割、役職名 | 職名内線番号 |
| 学　歴（大学以降）職　歴 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 安全管理者歴 |  |
|  |
|  |
| 資格・学位 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

様式2

厚生労働科学研究費補助金 　医療安全対策の普及と実装に向けた研究事業

**最高質安全責任者CQSO養成事業募集要項**

受講承諾書

フリガナ

　受講者氏名

　上記の者が、国立大学法人東海国立大学機構 名古屋大学医学部附属病院主催の厚生労働科学研究費補助金 　医療安全対策の普及と実装に向けた研究事業『最高質安全責任者CQSO養成事業』に応募することを承諾します。

また上記の者が同研修の受講を名古屋大学より許可された場合は、同研修を受講することができる

よう配慮します。

西暦　　　　年　　　　月　　　　日

所属医療機関・役職名

氏名（自筆）

推薦状

様式3

　　　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

推薦者署名（自筆）

推薦者署名（自筆）

出願者氏名

推薦者氏名/　推薦者の所属医療機関・役職名

推薦者氏名/　推薦者の所属医療機関・役職名

推薦理由

志望動機と修了後の展望

様式4

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

出願者氏名

１．志望動機

（１）ご自身の現状と課題

（２）課題に対して本研修に期待すること

２．修了後の展望

下記の選考基準を確認のうえ、項目の☑を入れてください。

[ ]  予定の研修を休まず受講し、修了できる業務環境である。

[ ]  本研修事業の効果測定、評価に協力できる見込みである。

[ ]  修了後、患者安全管理・質改善業務に主体的に従事できる見込みである。

[ ]  修了後、所属医療機関としてハブセンター事業に参画できる見込みである。

この研修を何でお知りになりましたか？下記に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**所属医療機関の体制**

様式5

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

所属機関名

出願者氏名

貴機関についてお聞かせください。【記入または☑を入れてください】

**病院基本情報**

１．病床数　　　　　　　　　　床

２．常勤医師数　　　　　　　　名

３．救急医療の提供　[ ]  認定なし　[ ]  初期救急　[ ]  二次救急　[ ]  三次救急

**患者安全管理体制**

１．診療報酬上の医療安全対策加算取得状況（いずれかに☑を入れてください）

[ ] 加算１（専従医療職従事）を取得　　[ ] 加算２（専任医療職従事）を取得

[ ] 取得していない

２．安全管理に関する専門部署の有無　　[ ] あり　[ ] なし

３．構成メンバー（人数をご記入ください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医師 | 薬剤師 | 看護師 | その他 |
| メンバー総人数（名） |  |  |  |  |
| そのうち専従/専任数（名） |  |  |  |  |
| 医療安全管理者講習修了者数（名） |  |  |  |  |

４．電子インシデントレポートシステムの有無　　[ ] あり　[ ] なし

**質管理体制**

１．質管理に関する専門部署の有無　[ ] あり（以下のご記入をお願いします）　[ ] なし

２．構成メンバー（人数をご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 医師 | 看護師 | その他 |
| メンバー総人数（名） |  |  |  |
| そのうち専従/専任数（名） |  |  |  |