**(様式３）　≪支部医療安全交流会の出席用≫**

医療安全対策委員会の支部における活動について(派遣文書の発行依頼)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇〇年〇月○日

公益社団法人大阪府看護協会

担当者

公益社団法人大阪府看護協会

医療安全対策委員会

委員　　〇〇〇〇〇

委員　　〇〇〇〇〇

下記の通り、医療安全対策委員として「支部医療安全交流会」に出席しますので、派遣文書の発行をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 開催支部 | ○○ 支部 |
| 開催日時 | 　 |
| 開催場所 | 　 |
| 委員氏名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 施設住所 | 〒　　　 |
| 委員氏名 |  |
| 所属施設名 |  |
| 施設住所 | 〒　　 |

※本紙に必要事項を記入し、協会担当者宛てにメール送信してください。届いた日から3～5日以内に、派遣依頼文書を郵送します。委員本人と上司宛てに発行しますが、上司の分は委員宛ての封筒に同封します。