

**强制培训完成证明**  
**自主服务**  
**事件管理与预防培训**

我在此证明，我已完成阿拉巴马州心理健康部门——发育障碍部门的自主服务员工事件管理与预防系统（IPMS）培训。我已查看了录制的培训视频及所有相关的指导方针和表格。我理解在培训中描述的报告重大事件的重要性，并可获取所需的报告表格。

我理解自己有责任遵守报告要求，并按规定的时间遵守向指派给我所服务的个人的协调员提交事件报告和/或事件通知。

**员工声明**

员工姓名（请写工整）：

员工签名：

日期：

IPMS 培训完成日期：

日期：

**名义雇主记录 (EOR) 证明**

我在此确认，上述员工已完成自主服务的强制 IPMS 培训。

作为自主服务的名义雇主（EOR），我已查看培训内容，并理解上述培训和培训中描述的事件报告要求。

EOR 姓名（请写工整）：

签名：

日期：

地址：

电话号码

此表格必须包含在员工文件包中，并提交给财务管理服务机构（FMSA）。