別紙(1)

病院前医療体制における指導医等研修（上級者）受講申込書

 　　 (都道府県名 　　　　　　)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな受講者氏名 |  | 生　年　月　日 | 男女の別 |
| 昭和・平成　　年　　月　　日(　　歳) | 男・女 |
|  受講者住所 | 〒 　　 (℡　 　　　　　　) |
|  所属施設 |  施設名 |  |
|  所在地 | 〒 (℡　　　　　　　　) |
|  職名 |  | 所属科 |  |
|  卒業医科 大学 |  学校名 |  |
|  卒業年月 |  　昭和・平成　　　年　　　月卒 |
|   医師免許 |  免許番号 |  第　　 　 号 |
|  取得年月日 |  昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
|  救急医療の経験年数 |  　　　年　　　　　か月 |
| 救急科専門医又は同等の資格の有無 | 有（ 　）・無 |
|  消防司令室においての指示の経験の有無 |  有（　　回程度）・ 無 |
|  ※救急車に同乗のうえ救急現場に赴いた経験の有無 |  有（　　回程度）・ 無 |
| 講習会・救急隊教育においての指導歴の有無 | 有※下欄に指導歴の詳細を記入・無 |
|  | 指導歴の詳細（名称・期間等） | 名称：　　　　　　　　　　　　　　（　　 　 年 　　月～　　　月） |
| メディカルコントロール協議会での業務経験 |  有（　 年 　月～　　月）・ 無 |
| 所属するメディカルコントロール協議会 |  |
| 修了証の送付希望先 | 　自宅住所　・　勤務先住所 |
| 連絡先メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 受講経費振込担当者 | 氏名 |  |
| 所属 | (℡　　　　　　　　) |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 備　考（研修を希望する理由及び意見） |

 (注)１　当該研修の受講を希望する理由及びその他受講に対する特記事項について備考欄に記入すること。

　　　２　連絡用メールアドレス欄については、受講決定後、研修実施事業者（一般財団法人日本救急医療財団（kensyu@qqzaidan.jp））より「受講案内」が送信されるので、必ず添付ファイル対応のメール受信ができるメールアドレスを記載すること。

特に、職場のメールアドレスであるためセキュリティ上、メールに添付したファイル、URL が開けない等の問い合わせが多くなっているため、留意願いたい。

　　　３　本申込書は、原則Ｗｏｒｄファイルで提出すること。特に、手書きは判読できない場合があるので避けること。