別紙（１）

病院前医療体制における救急救命士業務実地修練受講申込書

(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  （勤務先） | 施 設 名 |  | | | | |
| 所 在 地 | 〒 (℡ | |  | ) | |
| 職 名 |  | | | | |
| 卒 業 学 校   * 養 成 所 | 学 校 名 |  | | | | |
| 卒 業 年 月 | 昭和・平成・令和 年 | |  | 月卒 | |
| 救急救命士  免 許 | 免 許 番 号 | 第 号 | | | | |
| 取得年月日 | 平成・令和 年 月 | |  | 日 | |
| 救 急 業 務 の 経 験 年 数 | | 年 か月(救急救命士免許取得後 | | 年 | か月) | |
| 所属施設の年間救急患者数 | | 名(医療機関に勤務の場合のみ記入すること｡) | | | | |
| 所属消防(局)本部の患者搬送数 | | 件(消防機関に勤務の場合のみ記入すること｡) | | | | |
| 修了証の送付希望先 | | 自宅住所 　・　　　 勤務先住所 | | | | |
| 連絡用メールアドレス | | @ | | | | |
| 受 講 経 費振 込 担 当 者 | 氏 名 |  | | | | |
| 所 属 | (℡ | |  | ) | |
| メールアドレス | @ | | | | |
| 【研修を希望する理由及び意見】 | | | | | | |