別紙（１）

医師救急医療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 | |  | | 救急告示の有無 | | | 有・無 |
| 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・令和　　　年　　　月卒 | | | | | |
| 医師免許 | 免許番号 | | 第　　 　 号 | | | | | |
| 取得年月日 | | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 診療科目及び主たる研究  （専門領域） | | |  | | | | | |
| 救急医療の経験年数 | | | 年　　　　　か月 | | | | | |
| 所属施設の年間救急患者数 | | | 人 | | | | | |
| 所属施設の救急医療体制 | | | 救命救急ｾﾝﾀｰ ･ 病院群輪番制病院 ･ 共同利用型病院 ･ なし | | | | | |
| 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 | | @ | | | | | | |
| 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。