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 「男女の別」欄の記載は任意とする。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

レスなどでセキュリティ上、メールに添付したファイル、URLが開か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。

ＰＤＦファイル又は手書きは判読できない場合があるので避けること。