別紙（１）

看護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 |  |  | 所属している科 |  |
| 卒業看護学校* 養 成 所
 | 学 | 校 | 名 |  |  |
| 卒 業 年 月 | 昭和・平成・令和 年 | 月卒 |  |  |  |
| 看免 | 護 師許 | 免 許 番 号 | 第 号 |
| 取得年月日 | 昭和・平成・令和 年 | 月 |  | 日 |  |
| 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 | @ |
| 【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。他の欄は該当の有無を含め、必ず記載すること。

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。