　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙（１）

保健師等救急医療指導者講習会受講申込書

(都道府県名 )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な | |  | | 生 年 月 | | | 日 | | 男女の別 | | |
| 受講者氏名 | | 昭和・平成 年 月 | | | 日( 歳) | | 男・女 | | |
| 受講者住所 | | 〒 | | | | | (℡ | | |  | ) |
| 所属保健所等 | | 勤 務 先 名 |  | | | | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | | (℡ | | |  | ) |
| 職 名 |  | | | | | | | | |
| 卒 業 | | 学 校 名 |  | | | | | | | | |
| 養 成 所 等 | | 卒 業 年 次 | 昭和・平成・令和 | | | | 年 月卒 | | |  |  |
| 保健師等免許 | | 職 種 | 保 健 師 | | 助 産 | | 師 | 看 護 | | 師 |  |
| 免 許 番 号 | 第 号 | | 第 | | 号 | 第 | |  | 号 |
| 取得年月日 | 年 月 日 | | 年 月 | | 日 | 年 月 | |  | 日 |
| 臨床経験の有無 | | 有 ・ 無 | 経 験 施 設 名 | | |  | 経 験 年 | | | 数 |  |
|  | | |  | | | | | |
| 修了証の送付先 | | | 自宅住所 ・ 勤務先住所 | | | | | | | | |
| 連絡用メールアドレス | | | @ | | | | | | | | |
| 受 講 経 費 | 氏 名 | |  | | | | | | | | |
| 所 属 | |  | | | | (℡ | | |  | ) |
| 振込担当者 |
| 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

関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、添付のＷｏｒｄファイルを用いて作成し提出すること。

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。