別紙(1)

病院前医療体制における指導医等研修（上級者）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 施 設 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 | 〒 (℡ ) |
| 職 名 |  | 所属科 |  |
| 卒 業 医 科 | 学 校 名 |  |
| 大 学 | 卒 業 年 月 | 昭和・平成 年 月卒 |
| 医 師 免 許 | 免 許 番 号 | 第 号 |
| 取得年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 救 急 医 療 の 経 験 年 数 | 年 か月 |
| 救 急 科 専 門 医 又 は 同 等 の 資 格 の 有 無 | 有（ ）・無 |
| 消防司令室においての指示の経験の有無  | 有（ 回程度）・ 無 |
| ※救急車に同乗のうえ救急現場に赴いた経験の有無 | 有（ 回程度）・ 無 |
| 講習会・救急隊教育においての指導歴の有 無 | 有※下欄に指導歴の詳細を記入・無 |
|  | 指導歴の詳細（名称・期間等） | 名称： （ 年 月～ 月） |
| メディカルコントロール協議会での業務経験 | 有（ 年 月～ 月）・ 無 |
| 所属するメディカルコントロール協議会 |  |
| 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 | 氏 名 |  |
|  |  |  |
| 振 込 担 当 者 | 所 属 | (℡ | ) |
|  |  |
|  | メールアドレス | @ |
| 備 考（研修を希望する理由及び意見） |