

(様式第1号)

秋田PALS2021 申込用紙

申込締切: 令和3年7月30日(金)

申込日	(西暦)	2021 年	月	日
申込コース	<input type="checkbox"/> プロバイダーコース (2日間)			
フリガナ	セイ		メイ	
氏名	姓		名	
英語表記				
生年月日	(西暦)	年	月	日
勤務先				
職種	<input type="checkbox"/> 医師	科	<input type="checkbox"/> 看護師	科
	<input type="checkbox"/> 研修医	年目		
卒業年次	(西暦)	年		
連絡先	勤務先電話番号			
	携帯電話番号			
	メールアドレス			
一次救命処置コース受講歴	<input type="checkbox"/> AHA-BLS	<input type="checkbox"/> その他	(コース名:)	
	資格取得日	(西暦)	年	月 日
日本小児集中治療研究会(JSPICC)	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員		
所属施設からの受講費支援	<input type="checkbox"/> あり	(□受講料全額支援あり □一部支援: _____ 円 □その他)		
	<input type="checkbox"/> なし			
その他	お問合せ事項などありましたらご記入ください			



お申込先

あきた医師総合支援センター

お申込方法

E-mail … 本紙を入力し、メールに添付ください

FAX … 本紙に記入し送信

TEL 018-884-6430 FAX 018-884-6457

E-mail info@akitamd-support.com