

(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