

(様式第1号)

秋田PALS2021 申込用紙

申込締切: 令和3(2021)年9月30日(木)

※ 黄色 ■ 部分は入力ください

申込日	(西暦)	2021 年	■	月	■	日		
申込コース	アップデートコース (1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"/> 研修医	■	年目		
	<input type="checkbox"/> 看護師	■	科					
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"/> AHS-BLS <input type="checkbox"/> その他 (コース名:)							
	資格取得日	(西暦)	■	年	■	月	■	日
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
お申込方法

あきた医師総合支援センター

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