別紙1

令和6年　　月　　日

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

　国際医療救援部　あて

　　　　　　　　　　　 支部・施設名：

本件ご担当者部署・職・氏名：

E-mail：

第13回災害外傷研修 参加申込書

１．所属／職名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　／

２．職種（医師、看護職、理学療法士等）：

３．氏名／ローマ字表記：　　　　　　　　　　　　　 ／

４．電子メールアドレス：

５．臨床経験年数： 　　 年

６．病院での経験（診療科を明確に記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期間 | | 病棟 | 診療科 |
| 年／月 | 年／月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

７．研修受講歴

・保健医療ERU研修（旧：基礎保健ERU研修）：　　　有　　・　　無

・BTC又はIMPACT研修：　　　有　　・　　無

・受講歴のある研修を選択ください：　JATEC　・　JNTEC　・　JPTEC　（その他 　　　）

　・海外での研修等：

８．派遣経験の有無：　　　有　　・　　無

　※有の方は直近の3つまで記載ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣期間 | | 派遣先国 | 事業名 | 役割  （チームリーダー、○○要員として等） |
| 年／月 | 年／月 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

９．参加申込動機、同研修に期待すること（400字程度）

|  |
| --- |
|  |

※本様式を**令和6年7月24日(水)まで**に日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院国際医療救援部あて

< kokusaikyuen@nagoya2.jrc.or.jp >、電子メールにて送付願います。