令和 6 年　　月　　日

別紙様式

　日本赤十字社医療センター　国際医療救援部　あて

（支部・施設名：　　　　　　　　　　　　　　　）

（本件担当者職・氏名：　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊施設でのとりまとめの方をご記入下さい

令和6年度プロジェクト・サイクル・マネジメント手法研修（モニタリング・評価コース）

への申し込みについて

　標題の研修に下記のとおり申し込みます。

記

１.　所属施設　：

所属部署名：

２.　職名 ：

３.　氏名（漢字）：

（ひらがな）：

（ローマ字）：

４.　性別：

５.　生年月日：　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日

６.　年齢：　　　　　　歳

７.　電子メールアドレス（ご本人）：

　　　　　　　　　　　（ご担当者）：

８.　研修受講歴

＊国際救援・開発協力要員基礎研修会(BTC)又は国際救援・開発協力要員研修Ⅱ(IMPACT)

（ ）年度・第（ ）回参加　 ・　未受講

＊プロジェクト・サイクルマネジメント手法研修（計画・立案コース）

　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　）年受講

※確認のため旧姓で受講された場合：旧姓

＊上記（計画・立案）同等研修受講（　　　）年受講

　　　　　　　　　　　　　　　　　研修名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

９.　赤十字の国際活動への派遣経験（　有　　　無　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 活動地域 | 活動期間 | 活動内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

もしあれば、他団体等での海外活動経験（　有　　　無　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 活動地域 | 活動期間 | 活動内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

１０.　今後の派遣予定

　　有（事業名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ・　未定

* 本様式は参加者1名ごとに1葉とし、E-mailで（imrd@med.jrc.or.jp）あて7月5日（金）までに日本赤十字社医療センター　国際医療救援部へ

ご提出ください。