◆提出先◆

大牟田市立病院　総務課庶務担当　古賀

MAIL：[somu@ghp.omuta.fukuoka.jp](mailto:somu@ghp.omuta.fukuoka.jp) ／ T E L：0944－53－1061（代表）

**※受講を希望される方は、本様式（Word）をメール添付にてご提出ください。**

**送信後にはメールの受信確認の為、送信した旨の電話連絡をお願いいたします。**

第50回救急蘇生講習会受講申込用紙

**※10/31（金）申込〆切**

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （ふりがな） |
|  |
| 所属施設名 |  |
| 所属施設住所 | 〒 |
| 職種  ※〇を付けて下さい。 | □医師　　　　　□看護師　　　　□准看護師  　□その他（職種名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医籍登録番号  ※医師のみ |  |
| 上記の職種での  経験年数 | ※未就労期間がある場合は、(　)内にその期間をご記入下さい  　　　　　　　　　　年（　　　　　　　年） |
| 生年月日 ／ 年齢 | （西暦）　　　　年　　月　　日　生　　／　　　　歳 |
| 勤務先での現在の配属部署 | 例）外科病棟、救急外来　、等 |
| 過去の受講の有無 | 有　　　・　　　　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| ICLSサイト登録内容 | |
| ID |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

**＜連絡先＞**

※医療機関等で取りまとめて申し込みされる場合、下記にご記入ください。

連絡事項や資料の配布において、受講希望者と併せて連絡いたします。

**TEL**　　　　　　　　　　**MAIL**

**連絡窓口者氏名**　　　　　　　　　　　　　**所属**