**締切：１０月１８日（金）　　ＦＡＸ　０６－６７６５－３６３３** 大阪府医師会　救急災害医療課　行

令和元年度　大阪府医師会 災害・外傷初期診療研修会（Disaster & Trauma　Life　Support）

受講申込書　　　　※受講者の申込状況により第2、3希望に移っていただく場合がございます。ご了承ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望日  （第1～第3希望を  ○で付して下さい） | 開催日 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| 令和元年１１月２３日(土・祝) |  |  |  |
| 令和元年１１月２４日(日) |  |  |  |
| 令和２年 　１月１２日(日) |  |  |  |
| 令和２年　 １月１３日(月・祝) |  |  |  |

※医師1名、看護師２名の組合せでご記入ください。単独等でのお申込みの場合は空白とし、他の申込状況により「医師1名＋看護師２名」の組合せが合えば受講可能とさせていただきます。

①　医　師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1．受講者氏名 |  | | 2．ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 3．性別 | □　男　　　　　□　女 | | 4．年齢 | 歳 |
| 5．区分 | （下記該当区分を記載　→　　　　　　）  Ａ：開業医　　Ｂ：勤務医　Ｃ：研修医  Ｄ：その他（医学生は不可）  専門診療科  科 | | 6．所属機関名  府内機関に限る |  |
| 7．所在地  （所属機関） | 電話：　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　E-mail： | | | |
| 〒 | 大阪府 | | |

②　看護師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1．受講者氏名 |  | | 2．ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 3．性別 | □　男　　　　　□　女 | | 4．年齢 | 歳 |
| 5．区分 | 所属診療科等  科 | | 6．所属機関名  府内機関に限る |  |
| 7．所在地  （所属機関） | 電話：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　E-mail： | | | |
| 〒 | 大阪府 | | |

③　看護師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1．受講者氏名 |  | | 2．ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 3．性別 | □　男　　　　　□　女 | | 4．年齢 | 歳 |
| 5．区分 | 所属診療科等  科 | | 6．所属機関名  府内機関に限る |  |
| 7.所在地  （所属機関） | 電話：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　E-mail： | | | |
| 〒 | 大阪府 | | |