◆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 ／ T E L：0944－53－1061（代表）

**※受講を希望される方は、本用紙をメール添付にてご提出ください。なお、送信後には、メールの受信確認の為、申込用紙を送信した旨のお電話をお願いいたします。**

第49回救急蘇生講習会受講申込用紙

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※6/6（金）申込〆切**

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （ふりがな） |
|  |
| 職種※〇を付けて下さい。 | 　医師　　　　　　看護師　　　　　准看護師　その他（職名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 | 　　　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※〇を付けて下さい。 | 有り　　　・　　　無し |

**＜連絡先＞**

※以下は参加可否通知の送付先となります。記入漏れのないようお願いいたします。（連絡窓口が申込者以外の場合は、その方の氏名、所属部署もご記入ください。）

**TEL**　　　　　　　　　　　　**MAIL**

**連絡窓口者氏名**　　　　　　　　　　　　　　**所属**

**医療機関名**

**医療機関住所　　〒**