**前橋赤十字病院 高度救命救急センター**

**G2015版　ＢＬＳ＆ＡＥＤコース 申込用紙**

前橋赤十字病院　研修管理課　事務局　宛

FAX　027-225-5267

＊この用紙のみFAXしてください。（かがみ文不要）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |
| 氏　　名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 年　　齢 | 歳　(申込時) | |
| 携帯電話  ＊または日中連絡が取れる電話番号 | －　　　　－ | |
| メールアドレス |  | |
| 勤務（通学）先 |  | |
| 職　　種  ＊該当に○  その他は（　）に職種記入 | 医師　・　看護師　・　准看護師・　救急救命士  　消防士・　その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 勤務（通学）先 住所 | 〒 | |
| 勤務（通学）先 電話 | －　　　　－ | |
| 受講希望日 | 第1希望　　　　　　年　 　　月　　 　日 | |
| 第2希望　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |

　※携帯電話（または日中連絡が取れる電話番号）につながらない場合は、勤務（通学）先にご連絡する場合がありますのでご了承ください。ご都合が悪い場合は事前にお申し出ください。

※選考が遅れた場合、メールにて可否通知を送付することがあります。尚、受講決定したのち

　コース開催が近付きましたら、改めて事務局よりお知らせメールをお送りいたします。

※メールアドレスは、**楷書にてご記入ください**。（送信のエラー防止のためご協力ください。）

＜お問い合わせ先：事務局＞

〒371-0811群馬県前橋市朝倉町389-1

Tel：027-265-3333(代)

前橋赤十字病院

研修管理課 救急災害WG担当 大河原

2020.7.1 Ver.1.0

2020.9.30 Ver.1.1