

申込日 月 日 ()

災害医療コーディネート研修会 受講申込書

所属施設名	
所在地	〒 (TEL)
申込担当者 所属・氏名	
メールアドレス	

【受講申込者】

1	フリガナ氏名	
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	職種・役職	
	災害資格	<input type="checkbox"/> 災害医療コーディネーター <input type="checkbox"/> 統括DMAT <input type="checkbox"/> DMAT <input type="checkbox"/> DPAT <input type="checkbox"/> DHEAT <input type="checkbox"/> その他()
2	フリガナ氏名	
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	職種・役職	
	災害資格	<input type="checkbox"/> 災害医療コーディネーター <input type="checkbox"/> 統括DMAT <input type="checkbox"/> DMAT <input type="checkbox"/> DPAT <input type="checkbox"/> DHEAT <input type="checkbox"/> その他()
3	フリガナ氏名	
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	職種・役職	
	災害資格	<input type="checkbox"/> 災害医療コーディネーター <input type="checkbox"/> 統括DMAT <input type="checkbox"/> DMAT <input type="checkbox"/> DPAT <input type="checkbox"/> DHEAT <input type="checkbox"/> その他()
4	フリガナ氏名	
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	職種・役職	
	災害資格	<input type="checkbox"/> 災害医療コーディネーター <input type="checkbox"/> 統括DMAT <input type="checkbox"/> DMAT <input type="checkbox"/> DPAT <input type="checkbox"/> DHEAT <input type="checkbox"/> その他()

【お問い合わせ先】 石巻赤十字病院 災害医療研修センター 担当:片平・魚住・高橋
TEL:0225-21-7220 FAX:0225-92-8382 Email:disaster@ishinomaki.jrc.or.jp