

<様式 I >

年 月 日

認定 NPO 法人 救急ヘリ病院ネットワーク
理事長 國松 孝次 あて

(申請者) 病院所在地
病院名
代表者氏名

医師・看護師等研修申請書

医師・看護師等研修について、下表のとおり応募します。

氏名	資格 *	希望コース名*	希望研修担当病院名*	希望実施時期
医師	臨床経験 年 救急専任医経験 年 JATEC 受講 有・無 JPTEC 受講 有・無 ヘリ講習会受講有・無		① ②	年 月 日 ～ 年 月 日
医師	臨床経験 年 救急専任医経験 年 JATEC 受講 有・無 JPTEC 受講 有・無 ヘリ講習会受講有・無		① ②	年 月 日 ～ 年 月 日
医師	臨床経験 年 救急専任医経験 年 JATEC 受講 有・無 JPTEC 受講 有・無 ヘリ講習会受講有・無		① ②	年 月 日 ～ 年 月 日
看護師	看護師経験 年 救急看護師経験 年 ヘリ講習会受講有・無		① ②	年 月 日 ～ 年 月 日
看護師	看護師経験 年 救急看護師経験 年 ヘリ講習会受講有・無		① ②	年 月 日 ～ 年 月 日
看護師	看護師経験 年 救急看護師経験 年 ヘリ講習会受講有・無		① ②	年 月 日 ～ 年 月 日
運航責任者	日本救急医学会救急科 専門医資格 有・無 ヘリ講習会受講有・無		① ②	年 月 日 ～ 年 月 日

- * JATEC 受講又はJPTEC 受講の有無について該当するところに○印を付すこと。
- * ヘリ講習会は日本航空医療学会のドクターヘリ講習会をいう。受講の有無について該当するところに○印を付すこと。
- * 希望コース名には、長期・短期の別を記入すること。これによらない特別の期間を希望する場合には別紙を用い、その理由とともに具体的に記入すること。
- * 希望研修担当病院名については、①に第一希望病院名、②に第二希望病院名を記入すること。

担当者連絡先

担当者名

所属部署名

電話・FAX

E-mail アドレス