申請書

原子力災害医療基礎研修 区分：基礎 コースコード：101

申請日：令和　年　月　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施機関 | 機関名 | |  | | |
| 住所 | |  | | |
| 連絡先（担当者氏名・所属・電話・メールアドレス） | |  | | |
| 機関種別 | □ 原子力災害拠点病院　　　　□原子力災害医療協力機関  □ 都道府県　　　　　　　　　□市町村  □その他（ ） | | | |
| 開催年度 | | |  | | |
| 開催研修名  （○年度第1回○○研修など） | | |  | | （委託元：　　　　　　　）  委託された研修の場合記載して下さい |
| 開催場所（オンラインの場合は形式及び出欠確認方法） | | |  | | |
| 研修期間 | | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| 募集人員 | | |  | | |
| 受講料の有無 | | | あり/なし | | |
| 講義名※１ | | | 標準テキスト以外の追加テキストの有無※２ | 講師氏名※３ | |
| 1. 原子力防災体制 | | | あり/なし |  | |
| 1. 放射線の基礎 | | | あり/なし |  | |
| 1. 放射線の影響 | | | あり/なし |  | |
| 1. 放射線防護 | | | あり/なし |  | |
| 1. 汚染検査・除染 | | | あり/なし |  | |
| 1. 安定ヨウ素剤 | | | あり/なし |  | |
| 1. 避難退域時検査 | | | あり/なし |  | |
| 1. 避難と屋内退避の支援 | | | あり/なし |  | |
| 研修開催責任者所属・氏名※３ | | |  | | |

|  |
| --- |
| 認定委員会使用欄  研修認定日 令和 年 月 日 被ばく医療研修認定委員会 |

※１　時間配分の分かるプログラム案等を申請書に添付して下さい。

※２　どちらかに〇をお付け下さい。追加テキスト使用の場合は当該テキストを提出して下さい。

※３　「被ばく医療研修管理システム」の講師情報に登録されていない方は、様式２の講師リストにも所要事項記載の上、提出して下さい。