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。