申請書

原子力災害医療中核人材研修 区分：専門 コースコード：201

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 |  | | |
| 開催年度 | |  | | |
| 開催研修名  （○年度第1回○○研修など） | |  | | |
| 開催場所 | |  | | |
| 研修期間 | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| 募集人員 | |  | | |
| 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．医療機関の原子力災害対策 | | | あり/なし |  |
| ２．医療機関での初期対応 | | | あり/なし |  |
| ３．放射線障害の診断と治療 | | | あり/なし |  |
| ４．外部被ばくと内部被ばくの線量評価 | | | あり/なし |  |
| ５．原子力災害時のメンタルヘルス | | | あり/なし |  |
| ６．放射線管理要員の役割 | | | あり/なし |  |
| ７．原子力災害事例 | | | あり/なし |  |
| 実習１※４　放射線測定器の取り扱い | | | |  |
| 実習２※４　ホールボディカウンターによる計測 | | | |  |
| 実習３※４　防護装備着脱 | | | |  |
| 実習４※４　医療施設の養生 | | | |  |
| 実習５※４　除染（蛍光剤を使用しても良い） | | | |  |
| 実習６※４　傷病者の汚染検査 | | | |  |
| 実習７※４　被ばく・汚染傷病者対応 | | | |  |
| 机上演習※４ | | | |  |
| 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。

※４　実習、演習の講師は代表者1名を申請して下さい。また、実施内容の分かる資料を申請書に添付して下さい。