申請書

原子力災害医療派遣チーム研修 区分：専門 コースコード：301

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．原子力災害医療派遣チーム | あり/なし |  |
| ２．原子力災害医療派遣チームの活動 | あり/なし |  |
| ３．原子力災害時のリスクコミュニケーション | あり/なし |  |
| 実習※４除染キットを使用した汚染・被ばくした傷病者対応 |  |
| 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　実習の講師は代表者1名を申請して下さい。実施内容の分かる資料を申請書に添付して下さい。