実施報告書

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

報告日：令和　年　月　日

記載方法：研修認定申請書から変更した箇所には下線を引いて下さい。変更のない場合は認定申請書と同じ記載にして下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 受講者数（修了者については次頁に記載） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

※１　プログラムを研修認定時から変更した場合、変更後のプログラムを提出して下さい。

※２　研修認定時から使用テキストを追加・変更した場合は当該テキストを提出して下さい。

※３　研修認定時から講師等を変更した場合、当該講師等について、「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　研修認定時から実施内容を追加・変更した場合はその内容の分かる資料を添付して下さい。

修了者名簿

（受講者のうち、修了基準を満たした方の氏名を記載してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 |  | 氏　名 |
| 1 |  | 16 |  |
| 2 |  | 17 |  |
| 3 |  | 18 |  |
| 4 |  | 19 |  |
| 5 |  | 20 |  |
| 6 |  | 21 |  |
| 7 |  | 22 |  |
| 8 |  | 23 |  |
| 9 |  | 24 |  |
| 10 |  | 25 |  |
| 11 |  | 26 |  |
| 12 |  | 27 |  |
| 13 |  | 28 |  |
| 14 |  | 29 |  |
| 15 |  | 30 |  |