申請書

原子力災害医療中核人材技能維持研修 区分：専門 コースコード：202

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） | Tel： 　　Email： |
| 機関種別 | 高度被ばく医療支援センター |
| 開催年度 | 令和　年度 |
| 開催研修名 |  |
| 開催場所 |  |
| 研修期間 | 令和　年　月　日 ～　令和　年　月　日 |
| 募集人員 | 　人 |
| 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 |
| 講義１　原子力災害拠点病院・原子力災害医療協力機関の立ち位置と役割 | あり/なし |  |
| 講義２　医療機関での初期対応(医療・放射線管理) | あり/なし |  |
| 講義３　放射線障害の診断治療と線量評価 | あり/なし |  |
| 講義４　原子力災害医療の最新動向(指針・ガイドライン等のupdate情報) | あり/なし |  |
| 実習１　要素実習(放射線測定器取り扱い+傷病者の汚染検査) |  |
| 実習２要素実習(除染) |  |
| 実習３　総合実習被ばく・汚染傷病者対応 (養生・個人防汚装備着脱を含む) |  |
| 机上演習 |  |
| 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 研修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」の受講者アカウントをお持ちの方（過去の「被ばく医療研修認定委員会」で講師認定済みの方を含む）以外は、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。