実施報告書

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

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） | 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 |
| 受講者数（修了者については次頁に記載） | 　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 |  |

※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」の受講者アカウントをお持ちでない（過去の「被ばく医療研修認定委員会」で講師認定を受けたことのない）ときは、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

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

## （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。）