

(別紙様式)

令和元年 月 日

鹿児島県医師会地域保健課 行

FAX : 099-254-8129

※Email の場合は下記の必要事項を入力し、isichiho@kagoshima.med.or.jp にお申込み
ください。

申込期間：令和元年7月16日（火）～8月2日（金）

第28回救急セミナー・日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修参加申込書

| | | | | |
|---------|--|------|----|-------|
| 氏名 | 漢字 | | | |
| | ふりがな | | | |
| | ローマ字 | | | |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 |
| 所属 | | | 職種 | |
| 通知送付住所 | 〒 () | | | |
| 携帯電話 | | | | |
| メールアドレス | ※PDF が閲覧出来る環境で確認をお願い致します | | | |
| 受講希望コース | <p>() AHA BLS プロバイダーコース</p> <p>※希望を下記にてお知らせください。() 内に1～3を記入してください。</p> <p>() 10/26 (土) 9:30～13:30</p> <p>() 10/26 (土) 14:00～18:00</p> <p>() 10/27 (日) 9:30～13:30</p> <p>◎ポケットフェイスマスク貸与 () 希望する () 希望しない</p> <p>() AHA ACLS プロバイダーコース</p> <p>※BLS ヘルスクアパティ-認定の有無</p> <p>() 有 有効期限 (西暦 年 月)</p> <p>() 無</p> <p>◎ポケットフェイスマスク貸与 () 希望する () 希望しない</p> | | | |