

(別紙様式)

平成 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](mailto:isichiho@kagoshima.med.or.jp) にお申込みください。

締切り : 10月5日(金)まで

### 第27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 ※1	漢字					
	ふりがな					
	ローマ字					
性別		生年月日	西暦	年	月	日
所属名			職種			
通知送付住所	〒 (            )					
連絡先 ※2	携帯電話					
	メールアドレス					
受講希望 コース	<p>(            ) アメリカ心臓協会 BLS プロバイダーコース</p> <p>(            ) ①11/3 (土) 14:00~18:00</p> <p>(            ) ②11/4 (日) 10:00~14:00</p> <p>※第二希望までお知らせください。(            ) 内に1 or 2を記入してください。</p> <p>◎ポケットマスク貸与 (            ) 希望する (            ) 希望しない</p> <p>(            ) アメリカ心臓協会 ACLS プロバイダーコース</p> <p>※BLS コース修了カード有効期限 (西暦            年            月)</p> <p>◎ポケットマスク貸与 (            ) 希望する (            ) 希望しない</p>					

※1 ローマ字はプロバイダーカードに記載されますので間違えのないよう記載してください。

※2 連絡先は、セミナー当日に連絡がとれる携帯番号並びに E-mail を記載してください。