|  |  |
| --- | --- |
| ※登　録　年　月　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 都道府県病薬名 | 病院薬剤師会 |
| （ふ　り　が　な）  申　請　者　氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日（満年齢） | 年　　月　　日　（　　　　　歳） |
| 性　　別 | 男・女　　　（○を付けてください） |
| 現　住　所  同　Tel・Fax  メールアドレス  携帯電話番号  携帯電話メールアドレス | 〒　　　－  Tel：( )-( )-( ) ・ Fax：( )-( )-( )  E-mail @  Tel：(　　　)-(　　　)-(　　　)  E-mail @ |
| 勤務先・所属  職　　名 |  |
| 勤　務　先　住　所  同　Tel・Fax  メールアドレス | 〒　　　－  Tel：( )-( )-( ) ・ Fax：( )-( )-( )  E-mail @ |
| 薬剤師名簿（免許） | 登録番号：第　　　　　　　号　　登録年月日：　　年　　月　　日 |
| 日病薬会員No. |  |
| 施設長及び所属長の許可 | ☐　承諾済 |
| 災害医療に関する  研修の受講歴 | □　あり（該当する内容にチェックし、受講証明を添付してください）  ・内容　□DMAT隊員養成研修  □①日本災害医学会災害薬事研修コース（PhDLS）  □②日本災害医療薬剤師学会災害支援薬剤師養成研修会  □③国際医療技術財団災害医療ベーシックコース（JIMTEF）  　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　受講歴なし又は不明 |
| 第18回 JIMTEF  災害医療研修ベーシックコース | ☐　受講を申し込む  ☐　災害研修（上記①～③）を過去に受講済なので辞退する  ☐　今回は都合がつかないので次年度以降に受講する |

様式　１－１

※登録番号

　（※は記入しないで下さい）

災害登録派遣薬剤師　新規登録名簿