㊙

履修希望理由書及び活動実績

ふりがな		
氏　　名		
履修希望理由		
学会や社会における災害、災害医療活動実績等		
時　期	事　項	概　要
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
【本プログラムに関係する取得資格】 □医師　□看護師　□助産師　□薬剤師　□保健師　□救急救命士　□教職 □その他（　　）　□なし		
原子力災害医療基礎研修を受講したことがありますか。		
ない　・　ある　（ある場合は、修了証明できるものの写しを同封してください）		