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） |