**講習受講申込書**

FAX：（本部事務局）0741-81-3404　または　MAIL：kyoiku@nara-pho.jp

（様式）

　 年 　月　　 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構

医療専門職教育研修センター所長　　殿

下記のとおり申し込みます。　※は記入必須

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者 | 所　　属 | * ☐総合　　☐西和　　☐リハ　　☐その他
 |
| 職　種 | *
 | 部　門 | *
 |
| フリガナ氏　名 | *

　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名英字表記 | *
 |
| E-mail | *

　　携帯メールアドレスの場合は、[kyoiku@nara-pho.jp](https://wm.mail.arena.ne.jp/)を受信できるように設定してください |
| 連絡先（携帯） | ※ 内線または院内スマートフォン（　 　　　　） |
| 講習（コース）名 | ＡＨＡ RQIヘルスケアプロバイダーコース |
| AHA　BLS受講歴 | １．受講歴有　カード番号・有効期限：　　（№　　　　　　　　・　　　　　　　　　　）２．受講歴無 |
| スキルパート（実技）受講場所 | * ☐教育研修センター　　☐西和医療センター
 |
| ※　　受講にあたっては、シミュレータ機器等使用規約及び使用マニュアル等を遵守します。　　　　　年　　　月　　　日　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

上記申込を受け付けました。下記のとおり、申込日から2週間以内にお振り込みください。

振込手数料は申込者負担となります。

年　　　月　　　日　　　　　　　　　　地方独立行政法人奈良県立病院機構

医療専門職教育研修センター所長

|  |  |
| --- | --- |
| 講習名及び受講料 | ■講習名　　ＡＨＡ　RQI ヘルスケアプロバイダーコース　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　■受講料　　~~10,000円~~3,000　円 |
| 振込先口座 | 金融機関：南都銀行　郡山支店　種別：普通　口座番号：2200614口座名義人：ﾁﾎｳﾄﾞｸﾘﾂｷﾞｮｳｾｲﾎｳｼﾞﾝﾅﾗｹﾝﾘﾂﾋﾞｮｳｲﾝｷｺｳ地方独立行政法人奈良県立病院機構 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所 長 | 副所長 | 課 長 | 担 当 |
|  |  |  |  |

【事務処理確認】　□申込内容（　　　/　　　）

□副本交付（　　　/　　　）

　　　□入金確認（　　　/　　　）