

令和2年度 兵庫県災害医療ロジスティクス研修 参加者申込書

様式1

医療機関名

担当者

TEL

メールアドレス

番号	施設名	推薦 順位	参加者氏名	フリガナ	DMAT隊員の場合は、 DMAT隊員番号 (DMATで無い方は「-」 と表記)	受講区分		職種を記載下さい (例:医師・看護師・放射線技 師・薬剤師・事務等)	備考
						受講者	コントローラー		
1		1							
2		2							
3		3							
4		4							

※ 枠数が不足する場合は適宜増やしてください。