

宮城県病院薬剤師会 災害登録派遣薬剤師 新規登録申し込み

登録年月日	平成 年 月 日
所属ブロック名	
(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	〒 宮城県 TEL : _____ FAX : _____ E-mail : _____ @ _____ TEL : _____ E-mail : _____ @ _____
勤務先・所属先 職 名	
勤務先住所 同 TEL・FAX メールアドレス	〒 宮城県 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	
災害医療に関する 研修の受講歴	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> DMAT 隊員養成研修 <input type="checkbox"/> 日本集団災害医学会災害薬事研修コース (PhDLS) <input type="checkbox"/> 日本災害医療薬剤師学会災害支援薬剤師養成コース <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 受講歴なし又は不明

※上記の薬剤師を、宮城県病院薬剤師会災害派遣登録薬剤師に登録することを承諾いたします。

※登録要件は、病院薬剤師経験 3 年以上です。

施設名 : _____

施設長 氏名 : _____ ㊦

所属長 役職 : _____

所属長 氏名 : _____ ㊦