【別紙２】

**提出書類チェックシート**

**提出書類を確認の上，本状も提出願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| 講座名 | 災害支援医療従事者養成講座 |
| 勤務先および役職 |  |
| 氏　　名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 提　出　書　類 | |
| □　提出書類チェックシート（本用紙）  　□　履修申請書  　□　履歴書  　□　職務経歴書   * 最終学歴の証明書類   （卒業証書の写し，卒業証明書の原本等） | 本用紙  　様式１  　様式２  　様式３ |

　＊　提出書類を確認の上，本状も提出願います。

　＊　すべて日本工業規格Ａ４版としてください。

　＊　提出の際は，「簡易書留」にて郵送願います。

↓郵送時の宛名ラベルとしてご利用ください↓

切り取り線

|  |
| --- |
| 切り取り線  〒036-8564 弘前市本町66-1  弘前大学災害・被ばく医療教育センター  事務担当 宛 |

様式1

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受　付　番　号  ※事務局記載 |  |

令和６年度　災害支援医療従事者養成講座履修申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講座名 | | | 災害支援医療従事者養成講座 | | | | | | 写  真 | (4.0cm×3.0cm) |
| ふりがな | |  | | | | 男  ・  女 | 生年月日　・　年齢 | | | |
| 氏　名 | |  | | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | |
| 自宅 | 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| TEL | （　　　） | | | 携帯電話 | | |  | | |
| FAX | （　　　） | | | E-mail\* | | |  | | |
| 勤務先 | 住所 | 〒  勤務先名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職 | | | | | | | | |
| TEL |  | | | E-mail\* | | |  | | |
| 通知文書等の送付先 | | | | 自宅　　　・　　　勤務先 | | | | | | |
| 緊急連絡先氏名・電話番号 | | | |  | | | | | | |

1. 本講座の趣旨に沿った活動が受講後にできる方のご応募を期待しております。
2. 講義についてのお知らせやイベントのご案内などを事務局よりメール配信することがあります。添付ファイルの受信ができるメールアドレス(パソコン・スマートフォン・タブレット対応メールアドレス)をご記入ください。
3. 申込みに際し，ご記入頂いた個人情報は本学事業の目的以外には使用いたしません。

* 可能であればE-mailを２種類ご記入いただければ幸いです。

様式2

履　歴　書

氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 最終学歴 | 年　　　月 |  |
| 職  歴 | 年　　　月 |  |
| 免  許  ・  資  格 | 年　　　月 |  |

様式3

職務経歴書

氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職  歴 | 勤務期間（年／月） | 勤務先等 | 主な職務内容 |
| 〜 |  |  |
| 〜 |  |  |
| 〜 |  |  |
| 〜 |  |  |
| 〜 |  |  |
| 〜 |  |  |
| 本講座の受講対象者は「青森県内の医療機関、原子力関連機関に御所属の方」としております。医療機関および企業における活動、経験を以下の欄にご記載いただければ幸いです。 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

（A4用紙1ページ以内）