令和４年　　月　　日

大阪赤十字病院　国際医療救援部　あて

令和４年度　ヘルステクニカルトレーニング　参加申込書

１．所属施設：

２．職種（医師、看護師、助産師など）：

３．診療科：

４．氏名：

５．E-mail：

６．臨床経験年数： 　　 年

７．海外派遣経験の有無：　　　有　　・　　無

　※有の方は直近の3つまで記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣期間 | | 派遣先国 | 自身の行った活動内容 |
| 年／月 | 年／月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※本様式を大阪赤十字病院国際医療救援部＜imr@osaka-med.jrc.or.jp＞宛て、**令和4年10月7日（金）まで**に

電子メールにてご提出ください。