**第14回愛知県医師会PTLS(Primary-care Trauma Life Support)講習会**

**＜避難所・救護所で役に立つ外傷初期診療講習会＞申込書**

●後日受講票を送付させていただきます。受講票は当日必ずお持ちください。

●申込書に記載されている個人情報は、第三者に提供することはありません。

●定員を超えた場合につきましては、抽選とさせていただきます。



**下記の申込フォームよりお申込みください。**

**申込フォームURL：https://forms.gle/QypN2xM2TFmsf35a9**

**※左記QRコードからもお申込みいただけます。**

**上記フォームよりお申し込みが難しい場合には、以下をご記入の上、**

**FAXにてお申し込みください。　（FAX　０５２－２４１－４１３０）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　　月　　　　　日生 | | |
| 当日連絡先 |  | | |
| 勤務先名 |  | | |
| 勤務先名  住　所  ※受講票を記載住所へ送付します。 | 〒　　　　－  ＴＥＬ　　　　－　　　　　－  ＦＡＸ　　　　－　　　　　－ | | |
| 科　　目 |  | | |
| 区　　分 | 種別：　開業医　・　勤務医　・　その他（　　　　　　　　　 ） | | |
| 役　　職 |  | 会　員 | 会員　・　非会員 |
| 医籍登録番号 |  | | |

|  |
| --- |
| 公益社団法人愛知県医師会　医療業務部第1課  ＴＥＬ：052-241-4138　ＦＡＸ：052-241-4130  E-Mail：[chiiki\_1@aichi.med.or.jp](mailto:chiiki_1@aichi.med.or.jp) |

**申込締切：令和7年7月25日（金）**