**神戸大学エキスパートメディカルスタッフ育成プログラム**

令和5年度（第14期生）

神戸大学エキスパートメディカルスタッフ育成コースに参加したく申込書を

提出いたします。

 令和　　　年　 　月　 　日

　　　　　　　　　　　　　　　　 ※氏名は自筆でお願いいたします。

　　　　　　　　　　 フ リ ガ ナ

　　　　　　　　　　 氏　　名：

　　　　　　　　　　 生年月日：　　　　　年　　　月　　　日生　男・女

１）所属機関

勤務施設名

所属部署　　　　　　　　　　　　　　　　職種　　　　　　職位

所 在 地 〒 -

　　　　 TEL　　　（　　　　）　　　　 　FAX　　　（　　　　）

メールアドレス

※必ず連絡のとれるメールアドレス（PC）をご記入ください

現 住 所 〒 -

　　　　 TEL　　　（　　　　）　　　　 　FAX　　　（　　　　）

メールアドレス

※必ず連絡のとれるメールアドレス（PC）をご記入ください

　　　賠償責任保険

加入会社名

※現在、職名に応じた「賠償責任保険」に加入している場合のみご記載ください。

　　　コロナワクチン接種状況【　】（ 　）回接種 【　】接種予定 【　】未接種

※接種状況に該当する箇所へ〇を付けてください。接種済みの方は（ ）の中に接種回数を記載してください。

２）最終学歴と職歴

　　最終学歴　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（専攻）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　卒業

職歴

年　　月～　　年　　月

　　　　　年　　月～　　年　　月

　　　　　年　　月～　　年　　月

　　　　　年　　月～　　年　　月

　　　　　年　　月～　　年　　月

　　資格（看護師、臨床検査技師等）：

　　現在の専門領域（特にあれば）：

　　賞罰：

３）参加希望育成コースに○を記入してください

**①災害・救急医療**

（　　）災害・救急医療エキスパート育成コース

※１. 受講歴があるものに○を記入してください。

（　　）BLS（自施設院内コース／AHA）　　　　　（　　）ICLS（日本救急医学会）

（　　）ACLS（AHA）　　　　　　　　　　　　　 （　　）ISLS（日本救急医学会）

（　　）PALS（AHA／日本小児集中治療研究会など）（　　）JPTEC（JPTEC協議会）

（　　）MCLS（日本集団災害医学会）　　　　　　 （　　）DMAT（厚生労働省）

実施期間：令和5年10月10日(火)～10月27日(金)（平日8時～17時）（予定）

※実施期間確定後、受講者へ連絡いたします

※２. プロバイダー資格やインストラクター資格をお持ちですか。

**②周産期医療**

※全コース平日の（平日8時30分～17時15分）に開講いたします。

（　　）ハイリスク妊娠管理エキスパート助産師育成コース

　　　　　実施期間：令和5年10月16日(月)～11月10日(金)　の4週間

（　　）ハイリスク妊娠管理エキスパート助産師ベーシックコース（２週間）

　　　　　実施期間：令和5年10月30日（月)～11月10日(金)　の2週間

（　　）妊婦・授乳婦薬物治療エキスパート薬剤師育成コース

　　　　　　　　　　　　　　　　　　妊婦と薬ベーシックコース（２週間）

　　　　　実施期間：令和5年4月3日(月)～令和6年3月22日(金)のうち2週間

※薬剤師育成コースは2週間の研修です。上記実施期間のうち、ご都合の悪い週をお知らせください。日程はこちらで調整させていただきます。

**③がん医療**

（　　）がん低侵襲治療エキスパート看護師育成コース（平日8時～16時45分）

（　　）がん治療エキスパート放射線技師育成コース（平日8時30分～17時）

（　　）白血病診断エキスパート臨床検査技師育成コース（平日8時30分～17時）

（　　）免疫染色エキスパート臨床検査技師育成コース（平日8時30分～17時）

実施期間：令和6年1月15日(月)～2月9日(金)

（がん医療コース薬剤師以外の全コース共通日程）

（　　）がん化学療法エキスパート薬剤師育成コース（平日8時30分～17時）

　　　　　実施期間：令和5年4月3日(月)～令和6年3月22日(金) の期間中の4週間

※薬剤師育成コースは4週間の研修です。上記実施期間のうち、ご都合の悪い週をお知らせください。日程はこちらで調整させていただきます。

４）過去に行った学会発表、研究論文など（あれば記載）

５）育成コース参加の動機、コース修了後の抱負

　推薦状（所属機関の長、または所属部署の責任者）

　　　　　　（推薦者）

　　　　　　所属機関

職　　位

　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　現住所　〒

　　　　　　ＴＥＬ/ＦＡＸ