医鍼連携研修受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 生年月日 | １９　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号（緊急時の連絡用） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受講資格※該当に下線、または、該当以外を削除 | 鍼灸師、鍼灸学生、医師、歯科医師、その他（　　　　　） |
| 学校名（上記資格を取得した学校） |  |
| 卒業年（上記資格を取得した学校） | 昭和　　年３月平成　　年3月 |
| 関連の資格（例：柔道整復師） |  |
| 鍼灸師、医師、歯科医師としての経歴※教員経験、講演会講師経験なども記載してください。 | （卒業後から現在まで） |
| 本研修を何で（どこで）知りましたか？※該当に下線、または、該当以外を削除 | ・プレ研修生、プレ研修見学者・プレ研修受講生・見学者からの情報で・研修場所や学校（教員）からの情報で・ホームページをみて・「医道の日本」の記事を見て |

|  |  |
| --- | --- |
| 医鍼連携及び医鍼連携研修についてのご意見や希望等を記載してください。 |  |

医療鍼灸協会会長　殿

・研修内容の充実と実施方法の円滑化を図るための協力をします。

・医鍼連携研修において私が原因で起こした医療事故は、私が責任を負います。

・研修開始時点で、鍼灸賠償責任保険制度に加入しています（学生を除く）。

上記のことを承諾したうえで、医鍼連携研修の受講を申し込みます。

　　　　　　　　　　平成３０年　月　　日　　　申請者氏名