

＜記入例＞

コース区分	○	初回受講	更新受講
-------	---	------	------

フリガナ	ヒライ ケン	ローマ字(姓)	ローマ字(名)
① 氏 名	平井 堅	Hirai	Ken
日本循環器学会会員 番号		職歴	5 年
② 生年月日	西暦 1968 年 1 月 31 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
③ Title	<input checked="" type="checkbox"/> 空欄 <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MD,PhD <input type="checkbox"/> DMD <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> EMT <input type="checkbox"/> その他()		
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> その他()		
所属施設	〇〇病院	部署・ご専門	救急外来
お役職・ご身分	看護師長		
所属施設の住所	〒783-85** 南国市岡豊町 * *		
	TEL	088-880-25**	FAX
			088-880-25**
希望する書類郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> その他		その他の送付先住所 ④
⑤メールアドレス(PC)	ahakts@xxx.ac.jp		
緊急の場合の 携帯番号	090-4***-1***		
心肺蘇生講習会の 受講経験	<input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 消防・日赤などの講習会 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> AHA BLS 受講経験有り(G2005以前) <input type="checkbox"/> AHA BLS 受講経験有り(G2010) <input type="checkbox"/> 院内講習会など(AHA以外) <input type="checkbox"/> 海外でのAHA BLS Course		
ご意見・ご希望など			

- ① ローマ字は姓、名それぞれで先頭文字は大文字でご記入下さい。
- ② 生年月日は西暦でご記入下さい。
- ③ □には「レ(チェックマーク)を入れてください。医師、歯科医師、看護師、救急救命士 など
- ④ 書類の希望郵送先が勤務先以外の時にご記入下さい。
- ⑤ できるだけ、Eメールをご利用下さい。

☆ FAX送信の際はくれぐれも番号間違いにご注意下さい。