**第28回日本小児救急医学会学術集会**

**小児救急シミュレーション教育講習会**

**第２部**

**申込用紙**

※第２部への申込用紙は、１チームにつき１枚、ご提出ください。

**ご記入頂いた個人情報は適切な安全対策の下に管理し、本講習会お申込みへの対応上必要な手続きのみに使用させていただきます。**

**第2部　メディカルラリー＋デブリーフィングオリンピック**

* チーム代表者ご氏名（漢字）：
* （ローマ字）：
* 勤務先：
* 所属部署：
* 資格（医師（　　）・看護師（　　））
* 経験年数：（　　　）年
* 連絡先

　住所：

　電話番号：

　メールアドレス：

* チームメンバー氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| メンバー | 氏名（漢字） | 氏名（ローマ字） | 勤務先 | 資格 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |