**■　ご意見提出フォーム　■**

一般社団法人 日本救急医学会

**３学会合同の「救急・集中治療における終末期に関する提言（ガイドライン）（2014.4.29案）」へのご意見**

**【１】ご自身について**

**●　職 業：**　←下記より番号をお選びください

**（　　　 　　）**←５.その他医療関係職　６.その他 の場合は（　　）にご記入ください

**１．医師（日本救急医学会会員）　　２．医師（非会員）**

**３．看護師（日本救急医学会会員）　４．看護師（非会員）**

**５．その他医療関係職　　　　　　　６．その他**

**●　年 齢：**　　　　　　　←下記より番号をお選びください

**１．２０歳未満　　２．２０代　　３．３０代　　４．４０代**

**５．５０代　　　　６．６０代　　７．７０歳以上**

**●　性 別：**　　　　　　　←下記より番号をお選びください

**１．女性　　２．男性**

**【２】ご連絡先について**

差支えなければ、ご意見提出にあたっては下記へもご記入くださいますようお願いいたします。（任意）

日本救急医学会会員は、できる限りご協力ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属（勤務先）  科(課)・部名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※上記の連絡先情報は適正に管理し、ご提出いただいたご意見の内容に不明な点があった場合等の連絡・確認に

利用する場合があります。

【**３】ご意見について**

ご意見をお寄せになる箇所についてご記入ください

**●ページ・項目番号：**

**●タイトル・内容等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　について**

**ご意見**