**第4回PECEPコース**

**【参加申し込み用紙】**

**申し込み先：日本救急医学会事務所**

**FAX番号：03-5840-9876**

E-mail: jaam-5@bz03.plala.or.jp

郵送の場合：〒113-0033東京都文京区本郷3-3-12　ケイズビルディング３階

　　　　　　　　　日本救急医学会事務所

**（注）受講対象者：救急科専門医であること（卒後10年目以降が望ましい）**

**来年以降このコース開催にスタッフとして協力する意思があること**

|  |  |
| --- | --- |
| **申し込み年月日：　　　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| **ふりがな** |  |
| **氏名** |  |
| **氏名ローマ字** |  |
| **医師免許**  **取得年** | **西暦　　　　　　　　　　年** |
| **卒業年** | **西暦　　　　　　　　　　年　　　（卒後　　　　　　　　年）** |
| **救急科**  **専門医番号** |  |
| **勤務先** | **施設名：** |
| **科・部名：** |
| **〒** |
| **電話番号：** |
| **FAX番号：** |
| **E-mail** |  |

※太枠内をもれなく記入してください。