書類Ａ-1

**一般社団法人 日本臨床救急医学会**

**JTAS認定プロバイダーコース開催申請書**

西暦　　年　　月　　日

一般社団法人 日本臨床救急医学会

代表理事　殿

コースコーディネーター

（所　属）

（氏　名）

下記の通り、コースを開催致しますので、「日本臨床救急医学会JTAS認定プロバイダーコース」として、指定して頂きますようお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| コース名・種別 | ＪＴＡＳ認定プロダイバーコース  ※コース名は原則、都道府県別に振り分けさせて頂きます |
| 開催日時 | 西暦　　年　　月　　日（　　）　　：　　～　　：  ※コースは原則、半日開催です（昼食準備不要）（例；9:30～13:30、12:30～17:00） |
| 開催会場 | （施設名）  （住　所）〒  （TEL）　　　　　　　　　　　　（FAX）  （URL）http:// |
| コース  コーディネーター | （所属名）  （職　種）  （氏　名）  （TEL）　　　　　　　　　　　　（FAX）  （E-mailｱﾄﾞﾚｽ）  ※開催コースの窓口・連絡先となります |
| コース  マネージャー | （所属名）  （職　種）  （氏　名）  （TEL）　　　　　　　　　　　　（FAX）  （E-mailｱﾄﾞﾚｽ） |
| コース責任医師 | （氏　名）  （所属先） |

書類Ａ-2

**一般社団法人 日本臨床救急医学会**

**JTAS認定プロバイダーコース開催申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 受講費　\*１ | 会　員：￥　10,000（日本臨床救急医学会会員に限る）  非会員：￥　20,000 |
| 備考欄： |
| 受講料等の振込先 | （振込機関）　　　　銀行　　　　支店  （口座番号）普通  （名　　義） |
| 受講者人数　\*２ | 名　〔募集人数をお知らせ下さい〕 |
| 受講者募集期間 | 西暦　　年　　月　　日（　　）　～　西暦　　年　　月　　日（　　） |
| 連絡事項 |  |
| コース教材の  送付先 | （住　所）〒  （氏　名）  （ＴＥＬ）  （E-mailｱﾄﾞﾚｽ） |
| 請求書の送付先 | （住　所）〒  （氏　名）  （ＴＥＬ）  （E-mailｱﾄﾞﾚｽ） |

**\*１ 年会費として、非会員人数×10,000が発生します（学会事務所よりご請求致します）。**

**\*２ 受講登録料として、受講者人数×\3,000が発生します（学会事務所よりご請求致します）。**

以上