

着用型自動除細動器（WCD）処方資格 申請用紙

ご申請年月日：（西暦） 年 月 日

※下記太枠線内すべてのご記入をお願いいたします。

①氏名	(フリガナ) <div style="text-align: right;">㊟</div>
②生年月日	(西暦) 年 月 日
③医師免許情報	※WCD 処方資格の申請は医師の方に限ります。
	医師免許番号 第 号
	医師免許取得年月日 年 月 日
④所属機関名	(〒 -)
⑤所属機関住所	
⑥TEL	
⑦メールアドレス	
⑧◆受講された WCDの処方資格に 関わる講演	◆ WCDに関する内容を含んだ教育講演ないし講演会の 開催日時・講演会名（講演タイトル）を記入ください。
	◇開催日時
	◇講演会名（講演タイトル）

※申請書送付宛先※

一般社団法人 日本不整脈心電学会 事務局
〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-3-24 KYONI BLDG. 4階
TEL : 03-6261-7351