

# 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	<b>※WCD 処方資格の申請は医師の方に限ります。</b>
	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	<div style="padding: 5px;">⑤所属機関住所                      (〒              -                      )</div> <div style="padding: 5px;">⑥TEL</div> <div style="padding: 5px;">⑦メールアドレス</div>
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 4-2-28 NF 九段 2 階  
TEL : 03-6261-7351