**着用型自動除細動器（WCD）処方資格
申請書**

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** | （ふりがな） |
|  |
| **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****⑦Email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**※すべてEmail添付にてお送りください。

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）

Email：office6@jhrs.or.jp、TEL：03-6261-7351