**日本登山医学会認定山岳ファーストエイド講習会ベーシックコース参加申込書**

申込日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受講日時 |  　　　　年　　月　　〜　　日 |
| 開催場所 |  国立登山研修所、長野県山岳総合センター （○で囲んで下さい） |
| 受講コース |  A・B−S・C−S・B−W・C−W　 （○で囲んで下さい） |
| お名前（ふりがな） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　　　　　　　) |
| 住所 | 〒 |
| 電話＆FAX番号 | 電話：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 携帯番号 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　＠ |
| 希望連絡方法 | 　メール　　　FAX （○で囲んで下さい） |
| 生年月日・年齢(申込日現在) | 西暦　　　　　年　　月　　日生　　　　　　　歳 |
| 緊急連絡先 | お名前（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　） |
| ご関係 |
| 電話番号 |
| ご職業 |  |
| 加入団体・山岳会 |  |
| 山岳に関する所有資格 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療関連資格 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去のファーストエイド・心肺蘇生講習受講歴 | 無・有 （有の場合は、差し支えなければ、いつ頃、何をお受けになりましたか。） |
| 受講動機、目的などお書きください |  |
| 山や野外で疾病・外傷に遭遇する頻度、内容 | （ほとんど無い、これまでに数回、年に数回、ほぼ毎月、他　　　　　　　　　　） |
| 前泊希望 | （無・前泊希望）○で囲んでください。 |
| 本講習会をどのようにお知りなりましたか？ |  |
| 健康状態 | シナリオトレーニング、食事、緊急時対応等の安全をより高めるために情報提供をお願い致します。（○で囲んで下さい。有の方は詳細をお書きください。） |
| 　　治療中の病気 | （無・有） |
| 　　過去の病気・怪我 | （無・有） |
| 　　内服中の薬 | （無・有） |
| 　　アレルギー | 薬（無・有） |
| 食物・他（無・有） |

戴きました個人情報は、講習会運営と傷害保険加入目的で利用させて戴きます。 日本登山医学会ファーストエイド委員会

★ 申込先：日本登山医学会ファーストエイド委員会　e-mail: ffaoffice@jsmmed.org、　FAX: 03-6868-6484