

青医第1063号
平成29年10月30日

公益社団法人青森県診療放射線技師会長 殿

青森県健康福祉部医療業務課長
(公印省略)

青森県立中央病院 原子力災害拠点病院事業
平成29年度原子力災害医療基礎研修会(第1回)の開催について

本県の原子力災害医療体制の推進につきましては、平素より御指導、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本県の原子力災害医療関係者を対象とした標記研修会について、下記のとおり開催する旨、県立中央病院から案内がありました。

つきましては、業務ご多忙のところ誠に恐縮ですが、関係職員の参加について御配慮くださるようお願いいたします。なお、参加者1～2名分の旅費を県の旅費規程により支給します。

記

1 日時等

平成29年11月24日(金)午後2時～午後4時まで 於：むつ公済会館
(むつ市小川町1丁目1番5号)

2 概要

講演		トークセッション
県内招聘	県外招聘	
○東北電力株式会社 東通原子力発電所副所長 小笠原 和徳 様 ○演題(仮題) 「東北電力東通原子力発電 所の原子力災害医療対応 について」(約30分)	○国立研究開発法人 放射線医学総合研究所 被ばく医療センター 富永 隆子 様 ○演題(仮題) 「わが国の原子力災害医療 体制の現状と課題につい て」(約30分)	○左記講師及び 県立中央病院 花田救命救急センター長 救急部小笠原副部長 (約20分)

3 参加申込について

以下の書類を下記担当あて11月17日(金)までにFaxまたはE-mailで提出してください。

- ①参加申込(別紙1)
- ②旅行日程及び振込先について(別添様式)

【担当】青森県健康福祉部医療業務課
業務指導G 佐々木久美子
電話 017-734-9289
Fax 017-734-8089
E-mail:kumiko_sasaki@pref.aomori.lg.jp

送付先：医療業務課業務指導グループ 佐々木 宛
 FAX：017-734-8089

旅行日程及び振込先について

研修名					
(ふりがな) 参加者氏名					
所属機関 (連絡先)	電話番号 ()				
参加者の 自宅住所	〒				
自宅電話番号					
振込先	金融機関名	銀行		支店(所)	
	口座種別 (1. 普通 2. 当座 3. その他)				
	口座番号				
	口座名義(カタカナ)				
旅行日程 及び宿泊	※宿泊をしない場合は、1及び2の記入は必要ありません。				
	1. 旅行日程 【平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日】				
	2. 宿泊(旅行中、宿泊をする日に○を記入してください。)				
		出発日			
	宿泊				
	3. 旅行手段(下記事項をよく読んで記入して下さい。)				
	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務先から旅行先まで公共交通機関を利用した場合の旅行手段を記入してください。なお、自宅から直接出発(帰宅)する場合で、自宅の方が旅行先に近く、旅行手段も異なる場合には自宅から記入してください。 ・旅行手段は下表に利用する順に記入してください。 ・往路と復路が異なる場合は、区分して記入してください。 ・記入欄が足りない場合は別紙でも構いません。 				
【利用する公共交通機関毎に下記内容を記載してください。】					
①鉄道：A(鉄道会社名)、B(出発駅)、C(到着駅)					
②バス：A(バス会社名)、B(出発停留所)、C(到着停留所)、D(料金)					
③航空機：A(航空会社名)、B(出発空港)、C(到着空港)					
No	A 旅行手段	B 出発地	C 到着地	D 料金	備考
1					
2					
3					
4					

FAX送信票
県医療薬務課薬務指導グループ
佐々木 あて
FAX番号：017-734-8089

青森県立中央病院 原子力災害拠点病院事業

平成 29 年度原子力災害医療基礎研修会（第 1 回）御出席者名簿

○研修会出席機関

○研修会御出席者

所 属	職	氏 名