

青 医 第 8 2 7 号  
令和元 年 9 月 3 日

県内原子力災害拠点病院の長 殿  
県内原子力災害医療協力機関の長 殿

青森県健康福祉部医療業務課長  
( 公 印 省 略 )

令和元年度青森県「原子力災害医療に関する研修」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、平素より御理解、御協力を賜りありがとうございます。

さて、原子力災害対策重点地域内において原子力災害医療活動を円滑に実施するため、関係者の基礎知識と技能の習得を図ることを目的とした研修会を下記のとおり開催します。

つきましては、業務御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。

記

1 日時・場所・対象者

別添『令和元年度青森県「原子力災害医療に関する研修」開催について（ご案内）』参照。

2 受講申込について

別添『令和元年度青森県「原子力災害医療に関する研修」開催について（ご案内）』の6. 申し込み方法により、公益財団法人原子力安全研究協会（以下「協会」）へ直接申し込んでください。

3 旅費支給の手続きについて

(1) 受講申込後、協会から受講決定の旨を受けた後、以下の書類を下記担当あて10月2日（水）までにFAXで提出してください。

①「参加登録票」（協会から送信）

②旅行日程及び振込先について（別添様式）

(2) 研修終了後、「修了証」が発行されますので、下記担当あて修了証の写しをFAXで提出してください。県の旅費規程に基づき口座振込により支給いたします。

【担当】青森県健康福祉部医療業務課

業務指導G 増田 大介

電 話 017-734-9289

FAX 017-734-8089

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

### 旅行日程及び振込先について

研修名	令和元年度青森県「原子力災害医療に関する研修」				
(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 【 年 月 日 ~ 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。)				
	・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					