

令和 6 年度 メディカル・ロジスティクス基礎研修会 申込フォーム内容

1. メールアドレス（研修前の案内や e-learning 情報をデータ添付にて案内するため、携帯電話以外のアドレスを記載）
2. 氏名
3. 所属施設
4. 所属部署・役職
5. 職種(事務、薬剤師 など)
6. 所属施設担当者の職・氏名
7. 担当者の E メールアドレス
8. 国際活動への派遣経験(地域、年、役割:在庫管理や調達業務経験の場合は役割説明を詳細記入)
9. 日赤 ERU 研修の受講歴と受講年
10. IMPACT の受講歴と受講年
11. メディカル・ロジスティクス関連研修受講歴
12. この研修を知った方法(複数回答可)  
国際要員 Web サイト ・ 所属施設の案内 ・ 知人 ・ その他
13. メディカル・ロジスティクス業務についてイメージすること(150 文字以内)
14. 研修受講動機や期待していること(300文字以内)