**NCPR講習会・受講者に関するデータ利用申請書**

**一般社団法人　日本周産期・新生児医学会　新生児蘇生法委員会　御中**

**「講習会開催状況」検索システムで抽出できない個人情報以外（修了認定番号、氏名、合否結果等）のデータに**

**関して、下記の通りデータ利用を申請いたします。**

**申込者**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 |  |
| 担当者名 |  |
| 団体名 |  |
| 部 署 |  |
| 電 話 |  |
| Email | ※@ncpr.or.jp および @ncpr.jpからのメールが受信できるよう設定をお願いします |

**使用目的**

**※次ページの必要項目にチェックのうえ必ず一緒に提出してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用目的（具体的にご記入ください） |  |
| ご希望の期日 | 　　　　年　　　　月　　　　日まで |
| 使用予定時期 | 　　　　年　　　　月　　　　日頃 |

**使用条件：上記に限り使用し、他者への譲渡・コピーは固く禁ずる**

**事務局使用欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 許可日 | 担当者 | 委員会承認 |
|  |  |  |

【申込・お問合せ先】

一般社団法人　日本周産期・新生児医学会　新生児蘇生法普及事業

〒162-0845　東京都新宿区市谷本村町2-30

E-mail：info@ncpr.jp 　TEL：03-5228-2017　 FAX：03-5228-2104

※①～④はそれぞれ別のエクセルデータとなります。必要の有無に〇を付けてください。

1. ABコース講習会に関するデータ　　　②Sコース講習会に関するデータ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必要の有無 | データ種類（列見出し） | 留意点　（期間・開催地等の具体的な記入欄になります） |
| ① | ② |
|  |  | 1 | コース区分 |  |
|  |  | 2 | ガイドラインバージョン |  |
|  |  | 3 | 主催母体 |  |
|  |  | 4 | 開催年 |  |
|  |  | 5 | 開催月 |  |
|  |  | 6 | 開催日 |  |
|  |  | 7 | 開催地 |  |
|  |  | 8 | 会場名 |  |
|  |  | 9 | 受講実績数 |  |
|  |  | 10 | 公募人数 |  |
|  |  | 11 | 受講料・1人 |  |
|  |  | 12 | 開催責任者氏名 |  |
| 【備考（必要に応じて記入してください）】 |

③ABコースの受講者・認定者に関するデータ　　　④Sコースの受講者に関するデータ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必要の有無 | データ種類（列見出し） | 留意点（期間・開催地等の具体的な記入欄になります） |
| ③ | ④ |
|  |  | 1 | ガイドラインバージョン |  |
|  |  | 2 | 修了認定区分 |  |
|  |  | 3 | 認定抹消 |  |
|  |  | 4 | 有効期限年 |  |
|  |  | 5 | 有効期限月 |  |
|  |  | 6 | 有効期限日 |  |
|  |  | 7 | 職種 |  |
|  |  | 8 | 診療科 |  |
|  |  | 9 | コース区分 |  |
|  |  | 10 | 開催地 |  |
|  |  | 11 | 開催年 |  |
|  |  | 12 | 開催月 |  |
|  |  | 13 | 開催日 |  |
|  |  | 14 | 会場名 |  |
|  |  | 15 | 受講者数 |  |
|  |  | 16 | 開催責任者氏名 |  |
|  |  | 17 | 受講者勤務先都道府県 |  |
| 【備考（必要に応じて記入してください）】 |