

2019年5月8日

各 施 設  
病 院 ・ 施 設 長  
看 護 部 長  
事 務 ( 局 ・ 部 ) 長

N P O 法 人 T M A T  
理 事 長 福 島 安 義

## **第15回 国内災害医療支援トレーニングコース開催と受講生募集のご案内**

謹啓、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

標題の件について、東日本大震災や熊本地震、西日本豪雨災害等の支援経験を踏まえ、国内災害支援を想定した研修会を下記の通り開催いたします。  
多くの皆様のご応募お待ちしております。

謹白

記

### **第15回国内災害医療支援トレーニングコース**

会 場 : 東京西徳洲会病院 (〒196-0003 東京都昭島市松原町3-1-1)  
日 時 : 2019年6月16日 (日) 9:00~17:00  
申込締切 : 2019年5月31日 (金) 【受講料支払い期限: 2019年6月7日 (金)】  
対 象 : 全 職 種  
定 員 : 50名 ※募集は定員になり次第、終了いたします。  
申込方法 : 別添申込書をご記入のうえ、FAXにてお申込下さい。(03-5214-6664)  
受講料 : 平成30年度T M A T 正会員の方 5,000円 資料・弁当代込み  
非会員の方 8,000円 資料・弁当代込み  
※非会員の方はお申込時に正会員(10,000円)に加入頂ければ5,000円にて受講可能です。

**※T MAT派遣には正会員加入を条件としております。活動参加を希望される方は正会員入会での受講をお願いいたします。**

※お支払は下記のいずれかの方法をお願いいたします。

#### **① ゆうちょ銀行振込でのお支払い**

■郵便口座記号番号: 00170-4-564249 ■銀行名: ゆうちょ銀行  
■金融機関コード: 9900 ■店番: 019 ■預金種目: 当 座  
■支店名: 〇一九 (ゼロイチキュウ) 店 ■口座番号: 0564249  
■受取人: 特定非営利活動法人T MAT

#### **② クレジットカードでのお支払い**

下記ホームページよりお手続きをお願いいたします。

[http://www.tmat.or.jp/donate\\_on\\_the\\_credit/](http://www.tmat.or.jp/donate_on_the_credit/)

**※原則として本コース受講をT MAT国内災害派遣の要件といたします。なお、「災害救護国際協力ベーシックコース」受講は、国内および海外へのT MAT災害派遣の要件となります。**

以 上

お問合せ: N P O 法 人 T M A T 事務局 担当: 野口・阪木  
T E L : 03-3263-8136 F A X : 03-5214-6664  
E-mail : jimukyoku@tmat.or.jp

## 第15回 TMAT国内災害医療支援トレーニングコース

**2019年6月16日 【日曜日】**

|   | 開始    | 終了      | 配分   | 内容                            | 備考                                                                                                     |
|---|-------|---------|------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | 8:30  | ～ 9:00  |      | 受 付                           |                                                                                                        |
| 1 | 9:00  | ～ 9:15  | 0:15 | 開会の挨拶・コース概要                   |                                                                                                        |
| 2 | 9:15  | ～ 9:45  | 0:30 | 災害医療総論                        | 災害医療総論、国内災害の特徴                                                                                         |
| 3 | 9:45  | ～ 10:30 | 0:45 | 国内災害の実際<br>(TMAT活動紹介・他団体との連携) | TMATの過去の活動と派遣体制、DMAT・日赤・JMATなどの他医療支援団体の特徴、行政との関係、国内災害支援のスキーム、など                                        |
|   | 10:30 | ～ 10:45 | 0:15 | 休 憩                           |                                                                                                        |
| 4 | 10:45 | ～ 16:45 | 6:00 | 机上訓練（グループワーク形式）               | 机上訓練を通じて、災害発生～派遣～活動～撤収までの流れをシミュレーションする。その都度考えるべき課題を設問形式で出題、各グループで議論、発表を行う。<br><br>※休憩随時<br>※昼食は途中で弁当配布 |
|   | 16:45 | ～ 17:00 | 0:15 | 総括・修了証授与                      |                                                                                                        |

※本コースは国内災害派遣を想定とした、1日コースとしている。

※本コース修了により、TMAT国内災害への参加資格要件を満たすこととする。なお、ベーシックコース修了者は従来通り国内外の活動が可能。

※座学とグループワーク中心のため、最大50名（1グループ6名程度、8グループ）まで可とする。

※プログラムの内容は変更する場合がございます。

## 第15回国内災害医療支援トレーニングコース 申込書

送付先      T MAT事務局   宛

**FAX : 03-5214-6664**

mail : [jimukyoku@tmat.or.jp](mailto:jimukyoku@tmat.or.jp)

**TEL : 03-3263-8136**

| 希望コース（開催地）                         |  |  |                                                                                               |  |  | 第15回東京西トレーニングコース(6月16日開催) |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------|--|--|----|--|---|--|--|--|--|---|--|------------|--|----------------|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ                               |  |  | 姓                                                                                             |  |  |                           |  |  |    |  | 名 |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名                               |  |  |                                                                                               |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| ローマ字                               |  |  |                                                                                               |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                               |  |  | 西暦                                                                                            |  |  |                           |  |  |    |  | 年 |  |  |  |  | 月 |  |            |  | 日              |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |  |  |                                                                                               |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤務先                                |  |  |                                                                                               |  |  |                           |  |  | 職種 |  |   |  |  |  |  |   |  | 経験年数（ご専門）  |  | 年<br><br>（　　　） |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤務先住所                              |  |  | 〒                                                                                             |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| ご自宅住所                              |  |  | 〒                                                                                             |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 書類送付先                              |  |  | ご勤務先                 /<br>ご自宅                                                                 |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号                               |  |  | ※病院の番号の他、当日の連絡用に携帯電話番号もお願いします。                                                                |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |  |  | 勤    務    先    ：    （                                ）－                                —      |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |  |  | 携    帯    電    話    ：    （                                ）－                                — |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| E-mailアドレス                         |  |  |                                                                                               |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  | 記念品Tシャツサイズ |  |                |  | S・M・L<br>X L ・ X X L |  |  |  |  |  |  |  |
| 過去の災害医療支援経験                        |  |  |                                                                                               |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
| 受講費・会員費のお振り込み者について当てはまる方へ○をお付けください |  |  | 申込者本人           （受講費・会員費）                                                                     |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |  |  | 所属施設経由       （受講費・会員費）                                                                        |  |  |                           |  |  |    |  |   |  |  |  |  |   |  |            |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |

※定員に達した場合募集締め切りとなるため、お申込前に事務局へお問い合わせ下さい。

※応募者が複数の場合はお手数ですが当用紙をコピーしてご使用ください。

※受講料は平成30年度正会員の方5,000円、非会員の方8,000円です。

※非会員の方はお申込時に正会員に加入頂ければ5,000円にて受講可能です。

※TMAT派遣には正会員加入を条件としております。活動参加を希望される方は正会員入会での受講をお願いいたします。

※受講料のお支払期限は2019年6月7日（金）です。

※お支払方法は下記のいずれかでお願いいたします。

① ゆうちょ銀行振込でのお支払い

■郵便口座記号番号：00170-4-564249 ■銀行名：ゆうちょ銀行  
 ■金融機関コード：9900 ■店番：019 ■預金種目：当座  
 ■支店名：〇一九（ゼロイチキョウ）店 ■口座番号：0564249  
 ■受取人：特定非営利活動法人TMAT

② クレジットカードでのお支払い

下記ホームページよりお手続きをお願いいたします。  
[http://www.tmat.or.jp/donate\\_on\\_the\\_credit/](http://www.tmat.or.jp/donate_on_the_credit/)  
 ※VISA, MASTER, JCB, AMEX, DINERSカード対応