

福岡県医師会 地域医療課 救急・災害医療係 宛
 FAX：092-411-6858

福岡県医師会二次救命処置研修認定報告書（記載例）

令和〇年〇月〇日

福岡県医師会
 会長 ○ ○ ○ ○ 殿

申請(主催)団体名 〇〇病院

代表者役職・氏名 院長 山田 太郎

次のとおり、標記研修を開催しましたので報告します。

1. 研修会名	第〇回 〇〇病院 I C L S 研修
2. 開催日程	令和〇年〇月〇日 (〇) 9:00~17:00
3. 会 場	〇〇病院 大ホール
4. ICLSコース認定番号	<u>3456789</u>
4. 参加者数	合計 <u>12</u> 人 (うち、院内スタッフ <u>8</u> 人、 地域の医師 <u>2</u> 人、医師以外の地域の医療従事者 <u>2</u> 人)
5. 講師数	合計 <u>9</u> 人 (うち、ディレクター <u>1</u> 人、インストラクター <u>8</u> 人)
6. 交付申請額	<u>6万円</u>
7. 送金口座	銀行名：〇〇銀行 口座種別： <u>普通</u> ・当座 口座番号：1234567 講座名(フリガナ)：〇〇病院 院長 山田 太郎 (〇〇ビョウインインチョウヤマダタロウ)
8. 連絡先窓口	担当者所属・役職・氏名： <u>〇〇病院 救急管理室 鈴木 一郎</u> TEL： <u>090-1234-4567</u>

注1. 本報告書は開催後1か月以内にFAXでご提出ください。

注2. 代表者の押印は不要です。

注3. 下記資料を添付してください。

(添付資料チェック欄)

- 参加者名簿（任意様式で以下項目を満たすもの。《氏名、ふりがな、生年月日、年齢、職種、連絡先郵便番号・住所・電話番号、医師のみ医籍登録番号》）
- 講師名簿（任意様式で以下項目を満たすもの。《氏名、生年月日、年齢、職種、所属医療機関》）
- 使用テキストがわかるもの（ICLSコースガイドブック等の冊子であればその表紙のコピー等）

注4. 特例認定の場合、「交付申請額」の記載は不要です。その場合は「なし」の記載をしてください。

注5. この様式データは、県医師会HP「福岡県医師会二次救命処置研修について」のページに掲載しています。

注6. 本報告をもとに日医へ「日本医師会二次救命処置研修」（医師のみ対象）の申請を行います。日医より修了証を受領しましたら、当該医師へ直接修了証をお送りします。

(医師会使用欄)

医師会受付	協議(理事会等)	回 答