福岡県医師会二次救命処置研修認定**申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

福岡県医師会

　会　長　　　　　　　　　　　　殿

申請(主催)団体名

代表者役職・氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 1.主催 |  |
| 2.研修会名 |  |
| 3.開催日程 |  |
| 4.会　　場 |  |
| 5.ICLSコース認定番号 |  　　　　　　　　　 |
| 5.参加対象 |  |
| 6.受入定員 | 合計　　人（うち、院内スタッフ　人、地域の医療従事者等　人） |
| 7.申込方法 |  |
| 8.受講料 |  |
| 9.準備するもの（昼食など） |  |
| 10.その他特記事項 |  |
| 11.特例認定の可否 | □特例認定 可能　□特例認定 不可 |
| 12.連絡先窓口 | 担当者所属・役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

次のとおり、標記研修の認定を依頼します。

1. 代表者の押印は不要です。
2. 下記資料を添付してください。

（添付資料チェック欄）

□　研修会詳細（案内チラシ）　□　教育内容（カリキュラム）

1. ICLSコース認定番号が未定の場合はその旨記載し報告時に報告書様式によりお知らせください。
2. 案内・申込様式をＷＥＢに掲載しない場合は申込用紙も添付してください。
3. 特例認定＝申請機関多数等の状況により交付には至らないが、会員への案内、日医二次救命処置研修の認定申請を行うもの。ただし、交付が可能となった場合は繰り上げて交付する場合もあります。
4. 本様式データは県医ＨＰ「福岡県医師会二次救命処置研修について」のページにあります。