

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申請書（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、標記研修の認定を依頼します。

1. 主催	〇〇病院
2. 研修会名	第〇回 〇〇病院 I C L S 研修
3. 開催日程	令和〇年〇月〇日 (〇) 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
4. 会 場	〇〇病院 大ホール
5. ICLSコース認定番号	<u>3456789</u>
5. 参加対象	院内スタッフ及び地域の医療従事者等
6. 受入定員	合計 <u>1 2</u> 人 (うち、院内スタッフ <u>8</u> 人、地域の医療従事者等 <u>4</u> 人)
7. 申込方法	〇〇病院HP「研修会案内」の当該研修会申込フォームより申込案内ページURL： <a href="https://www.〇〇〇.jp">https://www.〇〇〇.jp</a>
8. 受講料	1万円
9. 準備するもの (昼食など)	昼食、飲み物は各自準備してください。
10. その他特記事項	当日は正面玄関を閉めているので、裏口からお入りください（地図は別添）。
11. 特例認定の可否	<input checked="" type="checkbox"/> 特例認定 可能 <input type="checkbox"/> 特例認定 不可
12. 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> メール： <u>11223344@fukuoka.med.or.jp</u>

注1. 代表者の押印は不要です。

注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)

注3. 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。

注4. 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。

注5. 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があります。

注6. 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。

(医師会使用欄)

医師会受付	協議(理事会等)	回 答