福岡県医師会二次救命処置研修認定**報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

福岡県医師会長　殿

申請(主催)団体名

管理者役職・氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 1.研修会名 |  |
| 2.開催日程 |  |
| 3.会　　場 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 4. ICLSコース認定番号 | □番号「　　　　　　　　　」・□申請中（注５） |
| 5.参加者数 | 合計　　人（うち、院内スタッフ　人、  地域の医師　人、医師以外の地域の医療従事者　人） |
| 6.講師数 | 合計　人（うち、ディレクター　人、インストラクター　人） |
| 7.交付申請額 |  |
| 8.送金口座 | 銀 行 名：  口座種別：普通・当座  口座番号：  講座名（フリガナ）：  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 9.連絡先窓口 | 担当者所属・役職・氏名：  ＴＥＬ： |

次のとおり、標記研修を開催しましたので報告します。

1. 本様式データは福岡県医師会ＨＰ「福岡県医師会二次救命処置研修について」に掲載しています。
2. 本報告書は**開催後１か月以内にWordデータにて**ご提出ください。
3. 管理者の押印は不要です。
4. 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）
5. 申請中であることが確認できる画面のスクリーンショットを添付してください。
6. 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。
7. 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。