

福岡県医師会二次救命処置研修認定申請フォーム記載事項

※は回答必須項目

1. 申請者について

- (1) 医療機関名（主催者）※
- (2) 記入者氏名※
- (3) 記入者所属※
- (4) 記入者連絡先（電話番号）※

2. 認定申請する研修会について

- (1) 研修会名※
- (2) 会場※
- (3) 開催年月日※
- (4) 開始時刻※
- (5) 終了時刻※
- (6) 教育時間数（休憩を除く）※
- (7) 研修会を2日間以上にわたり開催する場合、その「開催年月日」「開始時刻」「終了時刻」
- (8) ICLSコース認定※
- (9) 参加対象者の職種※
- (10) 受入定員
 - 1) 院内スタッフ※
 - 2) 地域の医療従事者等※
- (11) 申込方法※
- (12) 受講料※
- (13) 食事の準備※
- (14) 飲み物の準備※
- (15) 使用するテキストの名称※
- (16) 使用するAEDの確保策※
- (17) 使用する訓練用人形の確保策※
- (18) オプション研修（実績報告後、日本医師会が発行する修了認定証に特記する教育内容）

3. メールでの提出資料について

- (1) 「開催案内通知（チラシ等）（任意様式）」及び「教育内容（カリキュラム）（任意様式）」をメールにて送付※

4. その他

- (1) 特記事項