

## 福岡県医師会二次救命処置研修認定報告フォーム記載事項

※は回答必須項目

### 1. 報告者について

- (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. 実績報告する研修会について

- (1) 研修会名※
- (2) 会場※
- (3) 開催年月日※
- (4) 研修会を2日間以上にわたり開催した場合、その開催年月日
- (5) ICLSコース認定番号※
- (6) 参加者人数
  - 1) 院内スタッフ※
  - 2) 地域の医師※
  - 3) 地域の医師以外の医療従事者※

### 3. 助成について

- (1) 助成の希望※

助成を希望する場合	助成を希望しない場合
(2) 交付申請金額※ (3) 送金口座 <ul style="list-style-type: none"><li>1) 銀行名※</li><li>2) 支店名※</li><li>3) 口座種別※</li><li>4) 口座番号※</li><li>5) 口座名※</li><li>6) 口座名フリガナ※</li></ul>	(2) 希望しない理由※

### 4. メールでの提出資料について

- (1) 「参加者・講師名簿（Excel 様式）」及び「研修で使用したテキスト（任意様式）」をメールにて送付※

### 5. その他

- (1) 特記事項