

福岡県医師会 地域医療課 救急・災害医療係 宛

メール：fjma-chiiki@fukuoka.med.or.jp (Wordデータにてご提出ください)

福岡県医師会二次救命処置研修認定報告書 (記載例)

令和〇年〇月〇日

福岡県医師会長 殿

申請(主催)団体名 〇〇病院管理者役職・氏名 院長 山田 太郎

次のとおり、標記研修を開催しましたので報告します。

1. 研修会名	第〇回 〇〇病院 I C L S 研修
2. 開催日程	令和〇年〇月〇日 (〇) 9時00分～17時00分
3. 会場	〇〇病院 大ホール
4. ICLSコース認定番号	<input checked="" type="checkbox"/> 番号「 <u>3456789</u> 」・ <input type="checkbox"/> 申請中 (注5)
5. 参加者数	合計 <u>12</u> 人 (うち、院内スタッフ <u>8</u> 人、 地域の医師 <u>2</u> 人、医師以外の地域の医療従事者 <u>2</u> 人)
6. 講師数	合計 <u>9</u> 人 (うち、ディレクター <u>1</u> 人、インストラクター <u>8</u> 人)
7. 交付申請額	<u>6万円</u>
8. 送金口座	銀行名：〇〇銀行 口座種別： <input type="checkbox"/> 普通・ <input checked="" type="checkbox"/> 当座 口座番号：1234567 講座名(フリガナ)：〇〇病院 院長 山田 太郎 (〇〇ビョウインインチョウヤマダタロウ)
9. 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>

注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。

注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。

注3. 管理者の押印は不要です。

注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)

注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。

注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。

注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。

(医師会使用欄)

医師会受付	協議(理事会等)	回答