福岡県医師会二次救命処置研修認定**申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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.主催 |  |
| 2.研修会名 |  |
| 3.開催日程 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 4.会　　場 |  |
| 5.ICLSコース認定番号 | □番号「　　　　　　」・□申請中・□開催日までに申請予定 |
| 6.参加対象 |  |
| 7.受入定員 | 合計　　人（うち、院内スタッフ　人、地域の医療従事者等　人） |
| 8.申込方法 |  |
| 9.受講料 |  |
| 10.昼食の準備 | □当院　・　□参加者 |
| 11.飲み物の準備 | □当院　・　□参加者 |
| 12.その他特記事項 |  |
| 13.特例認定の可否 | □特例認定 可能　□特例認定 不可 |
| 14.連絡先窓口 | 担当者所属・役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

次のとおり、標記研修の認定を依頼します。

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. 管理者の押印は不要です。
3. 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）

1. 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。
2. 各医療機関より募集を行う際、自院以外の参加者が福岡県医師会の会員医師または会員医療機関所属の医療従事者かについてご確認いただきますようお願いいたします。
3. 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。
4. 「特例認定」とは、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です。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もあります。