

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	☒ 番号「3456789」・ ☐ 申請中 (注5)
5. 参加者数	合計12人 (うち、院内スタッフ8人、 地域の医師2人、医師以外の地域の医療従事者2人)
6. 講師数	合計9人 (うち、ディレクター1人、インストラクター8人)
7. 交付申請額	6万円
8. 送金口座	銀行名：〇〇銀行 口座種別：普通・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：〇〇病院 救急管理室 鈴木 一郎 TEL：090-1234-4567

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)☒ 日本医師会への報告様式

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