一般社団法人民間救命士統括体制認定機構施設認定(様式１)

新規・更新

＊申請するほうに○

民間救命士認定施設申請書

一般社団法人　民間救命士統括体制認定機構

代表理事　有賀　徹　殿

当施設は民間救命士括体制認定機構が認定する民間救命士認定施設の審査を申請します。

記載日　西暦　　　　　　年　　月　　日

(フリガナ)

申請施設名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

申請代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

申請施設住所　〒

TEL

担当者　　所属・職名

ﾌﾘｶﾞﾅ

　　　　　　　　氏名

担当者連絡先　　電話

FAX

E-mail

一般社団法人民間救命士統括体制認定機構施設認定(様式２)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名  施設代表者氏名 | | | |
| 施設開設時期  西暦　　　　　　　年　　　　　月 | | | |
| 認定メディカルディレクター　　　氏名　　　　　　　認定番号 | | | |
| 認定メディカルコントロール医師　氏名　　　　　　　認定番号  氏名　　　　　　　認定番号  氏名　　　　　　　認定番号  氏名　　　　　　　認定番号 | | | |
| 指導的救急救命士（教育）担当者　氏名　　　　　　　認定番号 | | | |
| 施設管理責任者 | | | |
| 過去５年間の  活動状況 | 年度 | 所属救急救命士数 | 活動状況 |
| 年 |  |  |
| 年 |  |  |
| 年 |  |  |
| 年 |  |  |
| 年 |  |  |
|  | 現地審査希望時期  　　　　　　　年　　　　月ごろ希望します | | |

申請書式１～２に記入の上、下記まで郵送願います。

一般社団法人　民間救命士統括体制認定機構（PMO）事務局：へるす出版事業部

〒164-0001 東京都中野区中野2-2-3

TEL:03-3384-8177（代）

事務局宛：jimukyoku@abpmo.jp