

シミュレーション実習修了証

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

記載日 西暦_____年__月__日

修了者氏名_____

臨地実習として16時間以上のシミュレーション実習を実施したので、

その実習記録及び修了証明書を添付し修了したことを証する。

- ・シミュレーション実習で救急救命士処置を行うための最低限必要なスキルを確認した。
- ・最新の日本版蘇生ガイドラインに準拠する医療従事者向けの心肺蘇生法や内因・外因性疾患の観察処置判断を確認した。

最新の日本版蘇生ガイドラインに準拠する医療従事者向けの心肺蘇生法 ()時間

内因性疾患の観察処置判断 ()時間

外因性疾患の観察処置判断 ()時間

実習施設名_____

シミュレーション実習指導者氏名 (自署) _____印

記載日 西暦_____年__月__日

病院実習修了証

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

記載日 西暦_____年__月__日

修了者氏名_____

臨地実習として48時間以上の病院・医院・クリニック・その他医療施設
などにおいての病院実習を修了したことを証する。

救急医療機関(病院・医院・クリニックなど)での実習 ()時間

日本医師会会員が指導する医療機関(介護老人保険施設を含む) ()時間

上記のいずれかに勤務している場合は経験1症例を2時間相当と換算する ()時間

実習施設名_____

病院実習指導医師氏名(自署) _____印

記載日 西暦_____年__月__日

病院前実習修了証

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

記載日 西暦_____年__月__日

修了者氏名_____

臨地実習として48時間以上の消防機関・民間搬送会社・ドクターカー
・ドクターヘリ・その他医療施設・救護所などにおける病院前実習を
修了したことを証する。

実習した項目を✓し実習時間を記載する。実習項目ごとに1枚作成する。

- 消防機関での実習
- 民間救急搬送会社での実習
- ドクターカー、病院所有救急車を運用している病院での実習
- 上記のいずれかに勤務している場合は経験1症例を2時間相当と換算する
- 民間救命士統括体制認定機構認定メディカルディレクターのメディカルコントロールによる民間施設やイベントなどの救護活動で経験1症例を2時間相当と換算する
- 医師が常駐している救護所での救護活動で経験1症例を2時間相当と換算する
- 病院やその他の施設での電話相談や救急患者受け入れのための活動では8時間の活動を1時間として換算する

実習時間 () 時間

実習施設・団体等の名称_____

指導者氏名 (自署) _____ 印

記載日 西暦_____年__月__日