

様式2

メールアドレス

ryosei2@mz.pref.chiba.lg.jp

千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室 吉橋 行

(FAX : 0 4 3 - 2 2 1 - 7 3 7 9) **【本紙のみ1枚】**

担当者職氏名
電話番号
メールアドレス

令和6年度 救急救命士病院実習受入促進事業計画書

(施設名)

医療機関名	救急医療に精通した医師数	コーディネーター 医師名	実習受入予定		備考
			実 習 内 容	予定有無(有の場合は○)	
	人		就業前教育		
	()		気管挿管		
			薬剤投与		
			再教育		

(注)

1. ()内に、救急医療に精通した医師の資格を記載のこと。(例:日本救急医学会認定医1名、日本麻酔科学会指導医2名など)
2. 就業前教育、気管挿管、薬剤投与、再教育のうち、いずれかの実習を行う医療機関(救命センターを除く)を補助対象とする。