

様式6 (第9条・第10条・第11条関係)

登 録 指 示 医 師 申 請 書

年 月 日

湘南地区メディカルコントロール協議会会長 様

申請者

住 所

氏 名

勤 務 先

職 名

湘南地区メディカルコントロール協議会運用細則(第9条・第10条・第11条)に基づき、次のとおり申請します。

登録指示医師の要件  登録指示医師の要件 (1~4の該当する番号に○)	協議会が行う登録指示医師説明会又は医療機関内における登録指示医師説明会の伝達講習等により指示、指導・助言体制を把握している。	
	1	医師免許取得後満3年以上の経験を有し、救命救急センター若しくはこれに準ずる医療機関に現在勤務している。
	2	医師免許取得後満3年以上の経験を有し、救命救急センターに満2年以上又はこれに準ずる医療機関に満4年以上の勤務経験を有する。
	3	医師免許取得後10年程度の経験を有し、救命救急医療に十分な経験を有する。
	4	日本救急医学会認定医又は救急科専門医
	5	上記1から4に準ずる経験又は資格を有する。
推薦者(施設長等)	医療機関名	
	役職・氏名	印
※ 受 付 欄	※ 備 考 欄	

備 考 ※印欄は、記入しないでください。