

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

湘南地区メディカルコントロール協議会

会長 〇〇〇〇 様

〇〇市消防(局)長

〇〇〇〇

印

**指導救命士推薦申請書**

次の者は、指導救命士としての要件を満たしており、指導救命士として相応しい救急救命士と判断しましたので、ご承認くださるようお願いいたします。

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日	救急救命士
		免許交付年月日 平成 年 月 日
指導救命士認定要件		年数等
救急救命士実務経験年数(通算)		年(1年未満切り捨て)
救急隊長等実務経験年数(通算)		年(1年未満切り捨て)
特定行為施行経験件数(通算)		症例
救急救命士就業前研修及び再教育における病院実習時間(通算)		時間
教育指導や研究発表の経験		添付書類のとおり
養成教育修了歴又は指導教官等の教育指導歴 (上段:養成教育名又は指導機関名 下段:期間)		

**【添付書類】**

- 1 救急救命士免許証の写し
- 2 教育指導や研究発表の実績を証明する資料(発表資料等)の写し
- 3 養成教育修了証の写し又は指導教官等の教育指導歴を証明する資料(人事履歴等の写し)

事務担当

所属

氏名

TEL

FAX