参考書式１

第　　　　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

○○病院長　様

○○消防局長

（公印省略）

救急救命士薬剤投与病院実習依頼書

薬剤投与実習ガイドラインに同意した上で、下記のとおり、薬剤投与実習生の申し込みをいたします。

記

１　実習生

氏名　　　　　　　　性別　　　性　　年齢

住所

連絡先および方法（通常電話や携帯など）

２　希望実習期間

令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

ただし、アドレナリン投与１症例が修了するまで

３　実習内容

薬剤投与実習要領に基づき、次の項目

　（１）心臓機能停止患者に対するアドレナリンの投与とその後の観察

　（２）点滴ラインの準備と末梢静脈路確保

４　添付書類

（１）鳥取県○○地区メディカルコントロール協議会長推薦書（原本）

（２）救急救命士免許証（写）

（３）薬剤投与実習前講習修了証（写）

５　所属機関

所属機関名

所属機関実習責任者氏名

連　　　　絡　　　　先