（様式１）

指導救命士認定申請書

令和 年 月 日

秋田県ＭＣ協議会　県協議会長　様

〇〇〇〇消防本部

　　　　　　消防長　〇〇　〇〇　㊞

秋田県ＭＣ協議会指導救命士認定要領第　条第　項の規定に基づき、次の者を指導救命士として認定されるよう申請します。

１　所　　属

２　氏　　名

３　要　　件

1. 救急救命士実務経験年数（通算）※１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年

1. 救急隊長実務経験年数（通算）※２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年

（３）特定行為施行回数（通算）※３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回

（４）救急救命士の再教育における病院実習時間※４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時間

※１　１年未満は、切り捨ててください。（再認定の際には除く）

※２　１年未満は、切り捨ててください。救急隊長代理（副隊長・予備隊長・隊長代行の期間を含む。）（再認定の際には除く）

※３　現場で活動した直近の５年間において経験した特定行為総数（再認定の際には在任期間の３年間において経験した特定行為総数）

※４　申請年度を除く、過去２年度における病院実習時間を記載してください。

（Ａ４版）

（様式２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○　－　○○○○

令和　　年　　月　　日

　秋田県ＭＣ協議会　県協議会長　様

○○○○地域協議会　地域協議会長

（ 公印又は会長によるサイン ）

指導救命士認定に係る同意について

　○○○○○○○○○○消防本部から推薦のあった下記救急救命士について、指導救命士として適当であることに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　属 | 役　職 | 氏　名 |
|  |  |  |

（Ａ４版）

（様式３）

特定行為認定書

令和 年 月 日

秋田県ＭＣ協議会　県協議会長　様

〇〇〇〇消防本部

　　　　　　消防長　〇〇　〇〇　㊞

秋田県ＭＣ協議会指導救命士認定要領第四条第３項の規定に基づく特定行為において、次の者が一定の施行経験を有していることを証します。

１　所　　属

２　氏　　名

３　特定行為件数

　（１）　気管挿管実施件数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件

　（２）　薬剤投与実施件数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件

　（３）　静脈路確保件数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件

　（４）　ラリンゲアルマスク等実施件数　　　　　　　　　　　　　　　　件

（Ａ４版）

（様式４）

病院実習免除証明書

令和 年 月 日

秋田県ＭＣ協議会　県協議会長　様

〇〇〇〇消防本部

　　　　　　消防長　〇〇　〇〇　㊞

秋田県ＭＣ協議会指導救命士認定要領第四条第４項の規定に基づく病院実習を、次の者については免除することを証します。

１　所　　属

２　氏　　名

３　免除期間　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

４　免除の理由

　　　例）本部（救急課）勤務により、救急車に乗務しないため等

（Ａ４版）

（様式５）

**指導救命士認定書**

**登録番号　第○号**

**氏　　名　○ ○　○ ○**

**秋田県ＭＣ協議会指導救命士認定要領第七条第１項の規定に基づく秋田県ＭＣ協議会における指導救命士であることを認定します。**

**但し、本認定書の有効期間は令和○○年○○月○○日です。**

**令和　　年　　月　　日**

**秋田県メディカルコントロール協議会県協議会長　印**

（Ａ４版）

（様式６）



（様式７）

指導救命士辞退届

令和 年 月 日

秋田県ＭＣ協議会　県協議会長　様

〇〇〇〇消防本部

　　　　　　消防長　〇〇　〇〇　㊞

秋田県ＭＣ協議会指導救命士認定要領第五条第３項の規定に基づき、次の者が指導救命士としての業務を辞退することを届け出ます。

１　所　　属

２　氏　　名

３　理　　由

（Ａ４版）