

臨地実習管理表

選択必修項目（以下のいずれかの項目を2年間で1回以上実施すること）	
<b>シミュレーション実習</b>	
(ア) 最新の日本版蘇生ガイドラインに準拠する医療従事者向けの心肺蘇生法	(回/2年)
(イ) 内因性疾患の観察処置判断	(回/2年)
(ウ) 外因性疾患の観察処置判断	(回/2年)
<b>病院実習</b>	
(ア) 救急医療機関（病院・医院・クリニックなど）での実習	(回/2年)
(イ) 日本医師会会員が指導する医療機関（介護老人保険施設を含む）	(回/2年)
<b>病院前実習</b>	
(ア) 消防機関での実習	(回/2年)
(イ) 民間救急搬送会社での実習	(回/2年)
(ウ) ドクターカー、病院所有救急車を運用している病院での実習	(回/2年)
(エ) 民間救命士統括体制認定機構認定メディカルディレクターのメディカルコントロールによる民間施設やイベントなどの救護活動	(回/2年)
(オ) 医師が常駐している救護所での救護活動	(回/2年)
(カ) 病院やその他の施設での電話相談や救急患者受け入れのための活動	(回/2年)
<b>指導者確認欄</b>	
実習施設名	記載日
	西暦 年 月 日
担当項目（選択して☑すること）	指導者氏名（自署）
<input type="checkbox"/> シミュレーション実習 <input type="checkbox"/> 病院実習 <input type="checkbox"/> 病院前実習	
実習施設名	記載日
	西暦 年 月 日
担当項目（選択して☑すること）	指導者氏名（自署）
<input type="checkbox"/> シミュレーション実習 <input type="checkbox"/> 病院実習 <input type="checkbox"/> 病院前実習	
実習施設名	記載日
	西暦 年 月 日
担当項目（選択して☑すること）	指導者氏名（自署）
<input type="checkbox"/> シミュレーション実習 <input type="checkbox"/> 病院実習 <input type="checkbox"/> 病院前実習	

※該当なしは0回/2年と記載すること。

※参加、または実施したことが証明できる書類のコピーを必ず裏面もしくは別紙に添付すること。

申請日 西暦 年 月 日      申請者氏名（自署）