一般社団法人　民間救命士統括体制認定機構施設認定(様式１)

新規・更新

＊申請するほうに○

民間救命士　認定施設　申請書

一般社団法人　民間救命士統括体制認定機構

代表理事　有賀　徹　殿

当施設は民間救命士括体制認定機構が認定する民間救命士　認定施設の審査を申請します。

記載日　西暦　　　　　　年　　月　　日

(フリガナ)

申請施設名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

申請代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

申請施設住所　〒

TEL

担当者　　所属・職名

ﾌﾘｶﾞﾅ

　　　　　　　　氏名

担当者連絡先　　電話

FAX

E-mail

一般社団法人　民間救命士統括体制認定機構施設認定(様式２)

|  |
| --- |
| 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　施設代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設開設時期　　　西暦　　　　　　　年　　　　　月 |
| 認定メディカルディレクター　　　氏名　　　　　　　認定番号　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 認定メディカルコントロール医師　氏名　　　　　　　認定番号　　　　　　氏名　　　　　　　認定番号　　　　　　氏名　　　　　　　認定番号　　　　　　氏名　　　　　　　認定番号　　　　　　 |
| 指導的救急救命士（教育）担当者　氏名　　　　　　　認定番号　　　　　　 |
| 施設管理責任者 |
| 過去５年間の活動状況 | 年度 | 所属救急救命士数 | 活動状況 |
| 　　　　　年 |  |  |
| 　　　　　年 |  |  |
| 　　　　　年 |  |  |
| 　　　　　年 |  |  |
| 　　年 |  |  |
|  | 現地審査希望時期　　　　　　　年　　　　月ごろ希望します |

申請書式１～２に記入の上、下記まで郵送願います。

一般社団法人　民間救命士統括体制認定機構（PMO）事務局：へるす出版事業部

〒164-0001 東京都中野区中野2-2-3

TEL:03-3384-8177（代）

事務局宛：jimukyoku@abpmo.jp