**病院前救護統括体制認定機構におけるMC医師**

**（以下民間MC医師と略）認定資格要件**

**１）統括医療体制における民間MC医師の認定資格要件**

**（下記の1-5のすべての要件を満たすこと）**

1. 医師免許を有すること（取得後5年以上）

（統括医師認定申請書:様式1）

1. 日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本医師会、日本集団災害医学会、日本病院前診療医学会、日本航空医療学会、日本病院前救急救命学会、日本救急看護学会、日本旅行学会、日本救護救急学会、全国救急救命士教育施設協議会のいずれかの会員であること。

（所属学会情報申請書：様式2）

1. 病院前救護統括体制認定機構の行うMC医師研修（3時間）を必ず修了していること

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（認定講習終了証添付書：様式3）

1. 日本救急医学会の実施する「メディカルコントロール医師に対する研修」の受講または講師、あるいは日本臨床救急医学会・厚生労働省・日本救急医療財団の行う「病院前救急医療体制にかかわる研修」などの受講または講義の経験があることが望ましい

（メディカルコントロール研修終了申請書：様式4）

1. 病院前救急医療のメディカルコントロール経験の以下のいずれかに該当すること

各種メディカルコントロールの経験（MC協議会での役職・業務を含む）救急隊員教育歴、

病院前救急現場の医療経験・消防機関の指導医歴・病院前救護の現場 医療経験など

（病院前救急医療のメディカルコントロールに対する経歴書：様式5）

* 1. メディカルコントロール協議会での役職あるいは業務についた経験を有すること
  2. 医師免許取得後の救急車同乗（１２時間以上）を通じて、救急隊員が現場及び搬送途上で行う業務を理解していること。
  3. 消防学校での救急隊員教育または、救急隊員を対象とする救急救命士養成所での救急救命士教育において、講義もしくはシミュレーションの指導経験を有すること。
  4. 病院前救急現場（ドクターカー・ドクターヘリ、病院救急車の同乗、その他の救急搬送などを含む）での医療経験があること。
  5. 消防機関の指示・指導医として委嘱され、オンライン・メディカルコントロールの直接的指示や事後検証・プロトコルの策定を行ったことがあること。
  6. 病院前救護の現場（地域包括医療での病院前活動や地域で行うスポーツイベントやマスギャザリングイベントなどの病院前救護や救護所など）での医療経験があること。

1. 勤務歴　　　　　　　　　　　　　（様式6）
2. MC医としての活動と将来展望　　　（様式7）
3. 社会的活動　　　　　　　　　　　（様式8）
4. 推薦状　　　　　　　　　　　　　（様式9）

(様式1)

民間MC医師　認定申請書

一般社団法人　病院前救護統括体制認定機構

代表理事　有賀　徹　殿

記載日　 西暦　　　　　　年　　　月　　　日

（ フ リ ガ ナ ）

申 請 者 氏 名（自署） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生 年 月 日 西暦　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　　歳）

最 終 学 歴 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月卒業

医師国家資格免許

第　　　　　　　　　　号　西暦　　　　　年　　　月取得

現勤務施設名 　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 科名

専門科名：

専門領域：

同 上 所 在 地 〒

TEL

E-mail

申請者 現住所 〒

TEL

（様式2）

**所　属　学　会　情　報　申　請　書**

2．　所属学会情報

日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本医師会、日本集団災害医学会、日本病院前診療医学会、日本航空医療学会、日本病院前救急救命学会、日本救急看護学会、日本旅行学会、日本救護救急学会、全国救急救命士教育施設協議会のいずれかの会員であること。

所属学会情報

　　　　　　　　学会　会員番号　　　　　　号　認定医　　　　　　号　指導医　　　　　　　号

　　　　　　　　学会　会員番号　　　　　　号　認定医　　　　　　号　指導医　　　　　　　号

　　　　　　　　学会　会員番号　　　　　　号　認定医　　　　　　号　指導医　　　　　　　号

　　　　　　　　学会　会員番号　　　　　　号　認定医　　　　　　号　指導医　　　　　　　号

　　　　　　　　学会　会員番号　　　　　　号　認定医　　　　　　号　指導医　　　　　　　号

　　　　　　　　学会　会員番号　　　　　　号　認定医　　　　　　号　指導医　　　　　　　号

　　　　　　　　学会　会員番号　　　　　　号　認定医　　　　　　号　指導医　　　　　　　号

　　　　　　　　学会　会員番号　　　　　　号　認定医　　　　　　号　指導医　　　　　　　号

所属医師会情報

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師会　　　　会員番号　　　 　　　　　　　　　　　　　　　号

参考資料

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日本医師会産業医番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　号

日本医師会学校医番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　号

スポーツ健康医番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号

(様式3)

**病院前救護統括体制認定機構MC医師研修受講証明書**

3.病院前救護統括体制認定機構の行うMC医師研修（3時間）を必ず修了していること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定講習 | 受講年月日・受講番号  （あるいは指導年月日） |
| １ | 病院前救護統括体制認定機構の行うMC医師研修（3時間）の受講または講義 | 年　月　日　受講番号 |
| ２ | 病院前救護統括体制認定機構の行うMC医師研修（3時間）の受講または講義 | 年　月　日　受講番号 |

※上記の研修会の修了を証明できる写しを下記のスペースに張り付けてください。

のりしろ

(様式4)

**メディカルコントロール研修終了申請書**

4．日本救急医学会の実施する「メディカルコントロール医師に対する研修」の受講または講師、あるいは厚生労働省・日本救急医療財団などの行う「病院前救急医療体制にかかわる研修」などの受講または講義の経験があること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属学会・所属会員名 | 受講年月日・受講番号  （あるいは指導年月日） |
| １ | 日本救急医療財団の行う「病院前救急医療体制における指導医師研修」の受講または講義 |  |
| ２ | 日本救急医学会や日本臨床救急医学会の実施するメディカルコントロール医師に対する講演や研修 |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  | 〜 |

※上記の研修会の修了を証明できる写しを下記のスペースに張り付けてください。

のりしろ

（様式5）

病院前救急医療のメディカルコントロールに対する経歴書

**5．病院前救急医療のメディカルコントロールに対する経歴**

次の病院前救急医療・救護のメディカルコントロールに対する経験のいずれか一つに該当すること。

該当するものにチェックを入れ、証明できる写しをのりしろ部分に添付すること。

1. メディカルコントロール協議会での役職あるいは業務についた経験を有すること
2. 医師免許取得後の救急車同乗（１２時間以上）を通じて、救急隊員が現場及び搬送途上で行う業務を理解していること。
3. 消防学校での救急隊員教育または、救急隊員を対象とする救急救命士養成所での救急救命士教育において、講義もしくはシミュレーションの指導経験を有すること。
4. 病院前救急現場（ドクターカー・ドクターヘリ、病院救急車の同乗、その他の救急搬送などを含む）での医療経験があること。
5. 消防機関の指示・指導医として委嘱され、オンライン・メディカルコントロールの直接的指示や事後検証・プロトコルの策定を行ったことがあること。
6. 病院前救護の現場（地域包括医療での病院前活動や地域で行うスポーツイベントやマスギャザリングイベントなどの病院前救護や救護所など）での医療経験があること。

| 勤務期間または活動期間 | | | | | | | | メディカルコントロールに対する経歴 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （西暦） | | | | （西暦） | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |  |

（様式6）

勤　　務　　歴

| 勤務期間または救急活動期間 | | | | | | | | 勤務施設、科・部名、職名または  救急活動歴・教育施設所属歴 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （西暦） | | | | （西暦） | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |

（様式7）

MC医としての活動と将来展望（自由記載）

病院前医療、救護活動、MCで具体的にどんな活動を行い、救急救命士とどのような関わりをどれくらいの頻度で持っているか、将来の救急救命士や救護活動にどのようなビジョンを持っているかについて必ず記載してください。

（様式8）

社　会　活　動　歴

| 活動期間または所属期間 | | | | | | | | 社会活動歴・所属歴 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （西暦） | | | | （西暦） | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |
|  | | | | | | | |  |
|  | 年 |  | 月～ |  | 年 |  | 月 |  |

(様式9)

民間MC医師　認定推薦書

一般社団法人　病院前救護統括体制認定機構

代表理事　有賀　徹　殿

　　　　　　　　　 申請年月日　　　　　　年　　　月　　　日

被推薦者　氏　名

**推　薦　理　由**

（ フ リ ガ ナ ）

推　薦　医　師　氏　名（自署） 　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

推　薦　年 月 日 　　　西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

施　設　名