（第１号様式）

番号

令和６年　月　日

京都府高度救急業務推進協議会　会長　様

医療機関名

　病院長

認定を要する救急救命処置に係る認定申請について

　上記救急救命処置について、京都府の医療機関に勤務する救急救命士の認定を必要とする救急救命処置実施に係る認定要領３の規定により、認定を必要とする救急救命処置の実施に係る認定を申請します。

記

１　対象者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)氏　　名 |  | |
| (2)生年月日 | 年　　月　　日（満　　歳） | |
| (3)免許登録番号 |  | |
| (4)認定申請をする救急救命処置  ※今回申請する内容に「○」を記載 |  | 心臓機能停止及び呼吸機能停止の状態にある患者に対する気管内チューブによる気道確保 |
|  | 心臓機能停止及び呼吸機能停止の状態にある患者に対するビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保 |
|  | 心臓機能停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与 |
|  | 心肺機能停止前の重度傷病者に対する、乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与 |

２　添付書類

(1) 救急救命士免許証の写し

(2) 認定を受けようとする救急救命処置に係る講習及び実習の修了証

(3) 認定を受けようとする救急救命処置に係る講習及び実習カリキュラム

(4) 省令第23条に定める救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会の協議結果が確認できる資料

(5) その他講習及び実習の内容等が分かる資料