様式第３号

　　　　　　　　　〇〇〇第〇〇号

年　月　日

大阪府救急医療対策審議会

救急業務高度化推進に関する部会　部会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○○

病院長　○○　○○

認定を必要とする救急救命処置に係る認定証明申請書

　下記の者については、大阪府内の医療機関に所属する救急救命士が行う救急救命処置に係る認定要領５の規定により、認定証明を交付いただきますよう、申請します。

記

１　交付を申請する救急救命士

　　氏　　名

生年月日

免許登録番号　　　第　　回試験　　　　第　　　　　　号

２　認定を受けている救急救命処置　※認定を受けているものに〇を入力すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | 心臓機能停止及び呼吸機能停止の状態にある傷病者に対する気管内チューブによる気道確保 |
| 2 |  | 心臓機能停止及び呼吸機能停止の状態にある傷病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 |
| 3 |  | 心臓機能停止の状態にある傷病者に対する薬剤（エピネフリン）投与 |
| 4 |  | 心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、ブドウ糖溶液の投与 |