

様式1（第5条関係）

登録検証医師履歴書

年　月　日

湘南地区メディカルコントロール協議会会長 様

住 所

氏 名

連絡先

湘南地区メディカルコントロール協議会運用細則第5条に基づき、次のとおり提出します。

生年月日	年　　月　　日
医師免許取得日	年　　月　　日 (医籍登録番号: )
職歴 (救急医療に従事した期間がわかるよう記載してください。)	年　月　日～　年　月　日
	年　月　日～　年　月　日
	年　月　日～　年　月　日
	年　月　日～　年　月　日
	年　月　日～　年　月　日
	年　月　日～　年　月　日
	年　月　日～　年　月　日
職歴のうち救急医療に従事した期間の合計	年　　ヶ月
救急救命士を含む救急隊員の教育経験(具体的に記載してください。)	
二次救命処置及び病院前救護の経験 (該当するものに○を付けてください。)	インストラクター・プロバイダー資格 : ACLS ・ JPTEC ・ JATEC
	救急車による病院前救護の経験(救急車同乗経験等) : あり ・ なし
	日本救急医学会専門医制度 : 認定医 ・ 専門医 ・ 指導医
所属医療機関	名称 :
	種別 : 二次医療機関・三次医療機関
	救急医療を担当する常勤の救急部門専従医の人数 : 名
	現在の部局 :
職名 :	