

第23回 高知赤十字病院 ICL Sコース

インストラクター募集要項

高知赤十字病院 ICL Sコースでインストラクターとして参加くださる方を募集しています。参加いただける方は、下記募集要項を確認のうえ、お申し込みください。

【日 時】	平成 29 年 7 月 2 日 (日) 8:50~18:00(予定) ※ 時間については予定のため、資料送付時に正式にご案内します。
【場 所】	高知市新本町 2 丁目 1 3 番 5 1 号 高知赤十字病院 本館 3 階第一会議室
【対 象 者】	・ ICL Sコース受講経験のある方 (インスト未経験OK) ・ パソコン用メールアドレスをお持ちの方 ※ 応募者グループ間での代表メールアドレスでも可。ただし、ご本人と連絡が取れることが条件となります。 ※ 携帯メールはご利用いただけません。 ※ メールは事務局からの連絡及び、インスト同士の意見交換のためのメーリングリストへの登録用として使用いたします。
【募 集 数】	総数 2 4 名程度
【申し込み】	別途申込書に必要事項を記載のうえ、FAXにてお申し込みください。 メールで申し込みされる方は、申込書の記載事項をメールに記載し送信ください。
【締め切り】	平成 29 年 5 月 28 日(日)まで ※ 応募者多数の場合は、当院にて選考させていただく場合があります。その際は、メール又はFAXでお知らせいたします。
〈申込書送付先・問い合わせ先〉 高知赤十字病院 企画課 担当：芝 (ICLSコース事務局) TEL 088-822-1201 (内線1322) FAX 088-822-1056 E-mail : iclscourse@yahoo.co.jp	

第 2 3 回高知赤十字病院 I C L S コース インストラクター申込書

開催日：平成 29 年 7 月 2 日(日) 会場：高知赤十字病院

氏名(漢字)	
氏名(かな)	
所属施設名	
所属科(病棟)	
職 種	1.医 師 2.看護師 3.救急救命士 4.その他 ()
日本 ICLS インストラクター資格	あり (認定番号：) ・ なし
インスト経験回数	
連絡先住所 (資料送付先)	(職場 ・ 自宅) 〒
電話番号	— —
E-mail	@
参加可否の ご連絡先	連絡先 (上記 E-mail ・ FAX) FAX 番号 _____
招聘状 ※招聘状が必要な方は送付先をご記入ください	招聘状 不要 ・ 必要 (送付先住所) 〒 (送付先宛名) 様あて
懇親会参加 (研修終了後/費用未定)	・ 参加する ・ 参加しない

以上の項目に記入のうえ、FAXにてお申し込みください。
締切日は平成 29 年 5 月 28 日(日)まで。

<申込先FAX> 088-822-1056

<問い合わせ先> 高知赤十字病院 ICLSコース事務局
〒780-8562 高知市新本町2丁目13番51号
高知赤十字病院 企画課 (担当：芝)
TEL 088-822-1201 (内線 1322)
E-mail : iclscourse@yahoo.co.jp

