

滋病協第487号

平成19年6月12日

各 病 院 長 様

社団法人滋賀県病院協
会 長 琴 浦 良



平成19年度滋賀ALS研修会（二次救命処置）の開催について

平素は当協会の事業運営に格別のご協力を賜り誠に有り難うございます。

さて、標記研修会につきまして、今年度も別紙写のとおり開催通知を滋賀県医師会より頂きましたのでお知らせいたします。

標記研修事業については、救急患者の救命率および社会復帰率の向上に資することを目的として、平成16年度から実施されており、本年度は指導者の育成に取り組むべく、研修修了者には所属機関においてALS研修会の自主的な実施、運営にご協力いただける方の参加を希望されています。

つきましては、本趣旨をご了知頂き、参加を希望される方は、別紙の参加申込書により病院協会へお申し込み下さいますようお願いいたします。

なお、当協会としての参加者枠は各回とも2名ずつです。申込者多数の場合は、定例役員会にて調整させていただきますので、別紙開催要項の締日より前の下記締切日までにお申し込み下さるよう、お願いします。結果は追って連絡させていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

記

参加申込締切日

- (1) 開催日「第1回」平成19年7月22日（日）：平成19年 6月18日（月）
- (2) 開催日「第2回」平成19年9月30日（日）：平成19年 8月27日（月）
- (3) 開催日「第3回」平成19年12月2日（日）：平成19年10月15日（月）

滋賀県病院協会事務局

TEL 077-525-7525

FAX 077-525-5859



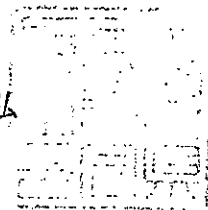
滋医発第 91 号
平成 19年6月5日

滋賀県病院協会

会長 琴浦 良彦 様

滋賀県医師会

会長 浅野 定弘



平成19年度滋賀県ALS（二次救命処置）研修会の開催について

謹啓 益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は本会諸活動に格別のご協力をいただき、厚くお礼を申し上げます。

さて、標記研修事業については、救急患者の救命率および社会復帰率の向上に資することを目的として平成16年度から実施しているところであり、滋賀県の各種団体・地区・病院などで開催される二次救命処置（ALS）研修会を更に充実させていかなければなりません。

そこで、本年度は指導者の育成に取り組むべく、研修修了者には所属機関においてALS研修会の自主的な実施、運営にご協力いただきたく、本趣旨に理解いただける方の参加を希望いたします。

つきましては、下記のとおり開催のご案内をいたしますので、貴会の会員各位にご周知のうえ参加をいただきますようご高配方お願い申し上げます。

なお、ご多用のところ恐縮に存じますが、参加者推薦についてお取りまとめのうえ、滋賀県医師会宛ご回報いただきますようお願いいたします。

敬白

記

滋賀県ALS（二次救命処置）研修会の参加者推薦について

1. 開催要項：別紙1のとおり
2. 回報様式：別紙2のとおり

以上

滋賀県医師会

事務局 担当：國松、重野

TEL 077-524-1273 FAX 077-525-2650

E-mail / dr-sma@shiga.med.or.jp

平成19年度 滋賀県ALS（二次救命処置）研修会
開催要項

1. 研修会名：滋賀県ALS（二次救命処置）研修会

2. 日 時

(1) 第1回 平成19年7月22日（日） 午前9時から午後5時45分まで

(2) 第2回 平成19年9月30日（日） ”

(3) 第3回 平成19年12月2日（日） ”

3. 会 場：滋賀県医師会館

(大津市におの浜四丁目4-1/TEL.077-524-1273)

4. 定 員：2名

5. 研修内容

(1) 心肺蘇生法の基本的概念

(2) BLS（一次救命救急処置）

(3) ALS（二次救命救急処置）

(4) BTLS（外傷初期救急）

6. 昼食代：1千円

※ 研修会の円滑な運営のため、昼食は本会にて手配いたしますのでご了承ください。なお、弁当、茶代として昼食代1千円は当日徴収させていただきます。

7. 回報締日

(1) 開催日「第1回」平成19年7月22日（日）：平成19年 7月 3日（火）

(2) ” 「第2回」平成19年9月30日（日）：平成19年 9月11日（火）

(3) ” 「第3回」平成19年12月2日（日）：平成19年11月13日（火）

8. その他連絡事項

※ 参加者には開催日2週間前に事前資料を発送いたします。

平成19年 月 日

滋賀県病院協会長 宛

平成19年度 第 回 滋賀ALS研修会（二次救命処置）参加申込みについて
（会場・・・滋賀県医師会館）

病院名 _____

所属部署・職名	連絡先（TEL） （FAX）	（ふりがな） 氏 名	勤務年数
	TEL FAX	()	

申込先 滋賀県病院協会事務局

TEL 077-525-7525

FAX 077-525-5859