

FAX:03-3380-8627  
日本臨床救急医学会事務所 行

## PSLSコース開催報告

用紙をプリントし以下にご記入頂きまして、学会事務所宛にFAXでご送信下さい。

・ 日 時：平成 年 月 日 時 分～ 時 分

・ 会 場：

・ 開催主体：

・ 代表者名：

・ 代表者の所属：

・ 地域メディカルコントロール協議会の関与： 有り ・ 無し

→「有り」の場合、その名称：

・ 参加人数：

(講師数 名、受講者数 名、その他 名、計 名)

ご回答頂き、ありがとうございました。