一般社団法人　臨床教育開発推進機構　宛

申請日：20　　年　　月　　日

**PACCコース「マスターインストラクター推薦書」**

1. 申請者氏名　：

（ふりがな）（                      　　                                ）

免許種別：□救急救命士　□医師　□看護師　□その他（　　　　　　　　　　　）

　　所属名：

　　所属都道府県：

　　連絡先：電話番号：

　　PCメールアドレス：

２．申請者コース受講歴

|  |  |
| --- | --- |
| コース開催日・コース名 | 開催地 |
| 20　　年　　月　　日  「　　　　　　　　　　」 | 開催地：　　　　都道府県 |

３．申請者コース指導歴(最新のコース)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回数 | コース開催日 | コース名 | 開催地(都道府県) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

４．推薦者氏名　：

（ふりがな）（                      　　                                ）

５. CMD確認(氏名)：

送付先：一般社団法人　臨床教育開発推進機構

ODPEC事務局：office\_odpec@herusu-shuppan.co.jp