**PEMECコース開催申請書**

日本臨床救急医学会が認定するPEMECコース開催を希望する場合は、以下の**1～14**を記入し、コース開催日よりおよそ2カ月前までに、一般社団法人臨床教育開発推進機構の申し込みフォーム

（　<https://odpec.or.jp/pemec_application/> ）から申請してください。

１．公募の希望：　あり　　　なし

※日本臨床救急医学会のホームページ上で、受講者やスタッフの公募を希望する場合は「あり」に丸をして、以下の**＊**がついている項目への記入もお願いします。公募をしない場合は記入不要です。

２．コース名称：　 　　　　　 PEMECコース（例：日本MC協議会 PEMECコース）

３.**（＊）** 主催：　 日本臨床救急医学会

共催：

　　　　 後援：

４．コース開催予定日：　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　曜日

５．**（＊）**募集期間：　　　年　　　月　　　日　　　曜日～　　　年　　　月　　　日　　　曜日

６．コース会場

施設名　：

住所　　：

最寄り駅：　　　　　　　駅より徒歩　　　分

７．**（＊）**　受講料：　 　　　　　円

８．**（＊）**　定員：　 　　　　　人

９．**（＊）**募集地域：

　　　　　（例：「東京・千葉・埼玉・茨城在住の方」）

１０．コースディレクター（CD）＊原則1コース2名まで可

氏名①：

所属：

職種：　□医師　□救急救命士　□看護師　□その他（　　　　　　）

メールアドレス：

ディレクター認定証番号：

氏名②：

所属：

職種：　□医師　□救急救命士　□看護師　□その他（　　　　　　）

メールアドレス：

ディレクター認定証番号：

　※ご記入いただいたメールアドレスにGoogle Driveの共有権限を付与します

１１．コースコーディネーター（CC）　＊原則1コース4名まで可

氏名①：

所属：

職種：　□医師　□救急救命士　□看護師　□その他（　　　　　　）

メールアドレス：

氏名②：

所属：

職種：　□医師　□救急救命士　□看護師　□その他（　　　　　　）

メールアドレス：

氏名③：

所属：

職種：　□医師　□救急救命士　□看護師　□その他（　　　　　　）

メールアドレス：

氏名④：

所属：

職種：　□医師　□救急救命士　□看護師　□その他（　　　　　　）

メールアドレス：

　※ご記入いただいたメールアドレスにGoogle Driveの共有権限を付与します

CDは要項で定めるところのCD有資格者であること。またCDもしくはCCのいずれかは、医師であること。

１２．開催申請者

氏名：

所属：

メールアドレス：

携帯電話番号　：

１３．**（＊）**　申し込み方法（Google Form URL等）

※申請されたコースの開催の可否については、PEMEC企画運営小委員会より回答します。回答まで１週間以上の猶予をいただきますので、余裕を持ってご申請ください

2023年9月

日本臨床救急医学会

PEMEC企画運営小委員会

（2024年12月改定）