

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：令和 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)

ご回答いただきありがとうございました。