



福岡医発第 530 号(地)

令和 5 年 5 月 19 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会 長 蓮 澤 浩 明

(公 印 省 略)

第 19 回福岡県医師会 A C L S 研修会の開催について

さて、日本医師会は、A C L S (Advanced Cardiac Life Support : 二次救命処置) 教育を日本医師会員の生涯教育として位置づけ、医師による効果的な救命処置・治療の実施を推進することで救急患者の救命率及び社会復帰の向上に資することを目的に、常時救急医療に従事しない全ての医師を主たる対象に A C L S 研修を行っております。

本研修で学ぶ救命処置は、救急患者の救命及び社会復帰を目指すにあたり、重視すべき要素であり、今後いっそうの高齢化が進むであろうことを鑑みても、地域医療を担う多くの医師、看護師等にとって、エビデンスに基づいた二次救命処置を冷静に行える状態にあるということが重要であると考えられます。

つきましては、標記研修会を下記のとおり開催いたしますので、会員の先生方にご参加いただけますよう、貴会会員への周知方につき、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

△日 時 令和 5 年 7 月 9 日 (日) 9 : 00 ~ 17 : 00 (予定)

△場 所 福岡県医師会館 5 ・ 6 階研修室 (福岡市博多区博多駅南 2-9-30)

△受講料 10,000 円 ※当日の受付時にお支払いいただきます。

△対象者 日常救急医療に従事しない医師・看護師・その他医療従事者

△定 員 18 名

△申 込 別添の申込書を下記締切期日までに F A X (092-411-6858)

△締 切 令和 5 年 6 月 13 日 (水) まで

※当日の受講受付は行いませんので、必ず事前にお申込ください。

△決 定 受講が決定した際は、本会より受講者へ直接受講決定の通知 (当日の詳細含む) と I C L S コースガイドブックをお送りいたします。

△C. C. 4.5 単位 (7, 10, 12, 14, 16, 35, 42, 43, 44)

△連絡先 福岡県医師会地域医療課 (柴田) T E L : 092-431-4564

以上

小郡三井医師会より

救急災害医療担当理事 田中英二

会長 島田昇二郎

第 19 回福岡県医師会 A C L S 研修会開催要領

- △日 時 令和 5 年 7 月 9 日（日）9：00～17：00（予定）
- △場 所 福岡県医師会館 5・6 階研修室（福岡市博多区博多駅南 2-9-30）
- △受講料 10,000 円 ※当日の受付時にお支払いいただきます。
- △対象者 日常救急医療に従事しない医師・看護師・その他医療従事者
- △定 員 18 名
- △申 込 別添の申込書を下記締切期日までに F A X（092-411-6858）
- △締 切 令和 5 年 6 月 13 日（水）まで
※当日の受講受付は行いませんので、必ず事前にお申込ください。
- △決 定 受講が決定した際は、本会より受講者へ直接受講決定の通知（当日の詳細含む）と I C L S コースガイドブックをお送りいたします。
- △C . C . 4.5 単位（7, 10, 12, 14, 16, 35, 42, 43, 44）
- △連絡先 福岡県医師会地域医療課（柴田）T E L：092-431-4564

プログラム（予定）

～ 8：55	受付
9：00～ 9：15（15分）	オリエンテーション
9：15～ 9：45（30分）	二次救命処置の概略
9：45～ 9：55（10分）	休 憩
9：55～10：55（60分）	B L S－1（Basic C P R、A E D）
10：55～11：10（15分）	休 憩
11：10～11：50（40分）	B L S－2（気道管理、異物除去）
11：50～12：40（50分）	昼休み
12：40～12：55（15分）	デモンストレーション
13：00～14：00（60分）	メガコード－1
14：00～14：15（15分）	休 憩
14：15～15：15（60分）	メガコード－2
15：15～15：30（15分）	休 憩
15：30～16：10（40分）	メガコード－3
16：10～16：20（20分）	休 憩
16：20～16：40（20分）	全体講義
16：40～	修了式

第19回福岡県医師会ACLS研修会参加申込書

所属医師会名()

※修了証書が発行されますので、記入漏れがないよう、お願いします。

(ふりがな) 参加希望者氏名	①(〒)住所・医療機関名 ②生年月日	携帯電話 FAX番号	医籍登録番号 会 員 区 分
()	①〒	TEL: FAX:	No.
	②西暦 年 月 日生(歳)		A B C D-1 D-2 (いずれかに○)
()	①〒	TEL: FAX:	No.
	②西暦 年 月 日生(歳)		A B C D-1 D-2 (いずれかに○)
()	①〒	TEL: FAX:	No.
	②西暦 年 月 日生(歳)		A・B・C・D-1・D-2 (いずれかに○)

※会員区分 A:開業医 B:勤務医 C:研修医 D-1:非会員 D-2:医師以外