

# ALSコース 参加者募集

(Advanced Life Support : 日本医師会二次救命処置コース実践実技講習会)  
(日本救急医学会認定コース)

本研修会は、医療従事者のための蘇生トレーニングコースです。緊急性の高い病態のうち、特に「突然の心停止に対する最初の10分間の対応と適切なチーム蘇生」を習得することを目標としています。講義はほとんど行わず、実技実習を中心としたコースです。

受講者は少人数のグループに分かれて実際に即したシミュレーション実習を繰り返し、約1日をかけて蘇生のために必要な技術や蘇生現場でのチーム医療を身につけます。積極的なご参加をお待ちしております。

また、日本救急医学会では、一定の基準を満たしたコースに対して「コース認定」を行っており、コースの指導者を養成するためのワークショップ開催や、指導者の学会認定も行っています。

なお、本研修は「ICLSコース (Immediate Cardiac Life Support : 迅速救命処置コース実践実技講習会)」名でご案内いたしておりました、**日本救急医学会の認定コース (申請中)**です。

## 記

1. 日 時 : 令和8年2月11日 (水・祝) 9時00分～17時10分 (予定)

(受付開始時間 : 8 : 30～)

2. 場 所 : 川崎医科大学附属病院 本館11階 臨床教育研修センター

3. 主 催 : 岡山県医師会、川崎医科大学附属病院

4. 募集人数 : 20名

5. 受講料 : 無料 (昼食代・お茶付¥1,000をご負担ください。)

6. 申込方法 :

(1) 「Web申込フォーム」でお申込の場合

(できるだけこちらをご利用ください)

URL : <https://forms.gle/jYHwre517BL3cuxr8>

(県医師会ホームページの研修会・セミナー情報より)

(2) 「FAX」でお申込みの場合

FAX 申込書にご記入のうえ **FAX 086-251-6622** 宛にお送りください。

7. 申込締切 : 令和7年12月19日 (金)

8. 参加確定 : 1月上旬にご記入のメールアドレスに参加可否のご連絡をいたします。

(「〇〇〇@po.okayama.med.or.jp」からメールいたします。)

9. 備考 :

※ 飲み物等は県医師会で用意いたします。

※ 動きやすい服装、運動靴等ご持参ください。

※ 受講者には、事前に資料 (テキスト、プログラム等) を送付いたします。

※ 本研修会は日本救急医学会の認定コース申請を行います。また日本医師会 ALS 指定研修会を申請いたします (受講医師には日本医師会の修了証が発行されます。)

※ 申込みが定員を超えた場合、次年度への受講をお願いする場合がありますのでご承知おきください。

10. 問合先 : 岡山県医師会 TEL 086-250-5111 (代)

Web 申込フォーム



# ALS コース参加申込書

日時: 令和 8 年 2 月 11 日 (水・祝)

場所: 川崎医科大学附属病院

メールアドレスの記入には、o(オー) 0(ゼロ) - (ハイフン) \_ (アンダーライン) の区別が付くようにご記入ください。このメールアドレスにご連絡いたします。 正確にご記入ください。

|       |                 |                                       |                   |  |
|-------|-----------------|---------------------------------------|-------------------|--|
| 医療機関名 |                 |                                       |                   |  |
| 住 所   |                 | 〒                                     |                   |  |
| 電話番号  |                 |                                       |                   |  |
| ①     | (ふりがな)<br>ご 氏 名 |                                       | 職種                |  |
|       | メールアドレス         |                                       |                   |  |
|       | 過去の参加の有無        | 本研修に以前参加したことが (    ある    ・    ない    ) |                   |  |
|       | 生年月日            | 西暦      年      月      日               | 医籍番号<br>(非会員医師のみ) |  |
| ②     | (ふりがな)<br>ご 氏 名 |                                       | 職種                |  |
|       | メールアドレス         |                                       |                   |  |
|       | 過去の参加の有無        | 本研修に以前参加したことが (    ある    ・    ない    ) |                   |  |
|       | 生年月日            | 西暦      年      月      日               | 医籍番号<br>(非会員医師のみ) |  |
| ③     | (ふりがな)<br>ご 氏 名 |                                       | 職種                |  |
|       | メールアドレス         |                                       |                   |  |
|       | 過去の参加の有無        | 本研修に以前参加したことが (    ある    ・    ない    ) |                   |  |
|       | 生年月日            | 西暦      年      月      日               | 医籍番号<br>(非会員医師のみ) |  |

申込先: 岡山県医師会

FAX: 086-251-6622    E-MAIL: chiiki@po.okayama.med.or.jp