

令和6年9月24日

関連病院 各位

神戸大学医学部附属病院長

眞 庭 謙 昌

第21回神戸大学 ICLS コース指導者養成ワークショップ
の参加者募集について

このことにつきまして、別紙のとおり受講者を募集しますので、お知らせします。

本講習会は、ICLS コースにおけるインストラクターの資格を取得するために必須の講習会です。ICLS インストラクターとして指導するために、成人教育技法や資機材の扱い方を学びます。ICLS のスキルは十分に身につけているものとして講習会は進行し、スキルを復習するためのコースではありませんのでご注意ください。

なお、希望者多数の場合は、調整させていただくことがありますのでご了承ください。申込締切後、申込された方に結果を通知いたします。

担当係：神戸大学医学部総務課人材育成支援事務室 地域医療活性化センター事務係 連絡先：078-382-5641

第21回神戸大学 ICLS コース指導者養成ワークショップ受講者の募集

※ICLS コース未受講の方は、受講いただけません。

【開催日程】 令和6年12月1日（日）9時00分～17時30分

【開催場所】 神戸大学医学部附属地域医療活性化センター2階 多目的ホール

【受講対象者】 ICLS コースを受講済みかつ、今後神戸大学医学部附属病院の ICLS コースにて指導
従事していただける医師（研修医、歯科医師含む）・看護師・救急救命士・薬剤師・
臨床検査技師・放射線技師等。

その他の職種はお問い合わせください。

（過去に ICLS コース指導経験のある方が望ましい）

【受講費】 無料

【申込期限】 令和6年10月31日（木）正午

【申込方法】 下記サイトまたは QR コードの応募フォームよりお申し込みください。

http://www.edu.kobe-u.ac.jp/fmed-cacm/ICLS_WS_juko.html



上記申込方法より申し込みできない場合は、件名を「[241201_ICLS-WS 受講申込☆]」として、下記①～⑫
（⑬は任意）全てを記入したメールを cacm-icls@med.kobe-u.ac.jp にご送付願います。

- ① 医療機関名
- ② 所属部署名
- ③ 身分
- ④ 氏名(漢字) (例)楠 花子(姓と名の間は一文字空けてください)
- ⑤ 氏名(カナ) (例)クスノキ ハナコ(全角カタカナ、姓と名の間は一文字空けてください)
- ⑥ 性別
- ⑦ 生年月日(西暦) (例)1995/12/9
- ⑧ メールアドレス(キャリアメール、K O S M I Cメール以外を記入してください。)
通知等の連絡、日本救急医学会への受講登録に使用します。
日本救急医学会への受講登録は PC アドレスのみ可となっております。
- ⑨ 携帯電話番号 (例)090-1111-2222
- ⑩ ICLS 講習会受講年月日、コース認定番号
- ⑪ ICLS における指導経験の有無、最終指導年月日、最終指導時の担当
- ⑫ 託児サービスの利用有無
- ⑬ その他連絡事項

【お問い合わせ先】 神戸大学医学部総務課人材育成支援事務室 地域医療活性化センター事務係

078-382-5641

第 21 回神戸大学 ICLS 指導者養成ワークショップにおける指導者の募集

神戸大学 ICLS 指導者養成ワークショップについて、ICLS 認定インストラクター及びアシスタントインストラクターとしてご参加いただける医師・看護師等を募集いたします。

※アシスタントは、WS 受講済みで指導法について学びを深めたい方（ただし、WS での指導はできません。見学のみ。）が対象です。インストラクター、アシスタントインストラクターとも、希望者多数の場合は今後コース運営に協力してくださる方を優先して採用いたします。

【指導日時・会場】 指導日時：令和 6 年 12 月 1 日（日）9 時 00 分～17 時 30 分

集合時間：8 時 00 分

会 場：神戸大学医学部附属地域医療活性化センター2 階多目的ホール

【申 込 対 象 者】 ICLS 認定インストラクター（JMECC インストラクター可）：実際のコースで
1 回以上指導経験のある方

アシスタントインストラクター：タスク参加となります

【申 込 期 限】 令和 6 年 10 月 31 日（木）正午

【申 込 方 法】 下記サイトまたは QR コードの応募フォームよりお申し込みください。

http://www.edu.kobe-u.ac.jp/fmed-cacm/ICLS_WS_shido.html



上記申込方法より申し込みできない場合は、件名を「【241201_ICLS-WS 指導申込★】」として、下記①～⑭(⑭は任意)全てを記入したメールを cacm-icls@med.kobe-u.ac.jp にご送付願います。

- ① 医療機関名
- ② 所属部署名
- ③ 職種
- ④ 氏名(漢字) (例)楠 花子(姓と名の間は一文字空けてください。)
- ⑤ 氏名(カナ) (例)クスノキ ハナコ(全角カタカナ、姓と名の間は一文字空けてください。)
- ⑥ 性別
- ⑦ メールアドレス(キャリアメール、K O S M I Cメール以外を記入してください。)
通知等の連絡、日本救急医学会への受講登録に使用します。
日本救急医学会への受講登録は PC アドレスのみ可となっております。
- ⑧ 携帯電話番号 (例)090-1111-2222
- ⑨ 参加時の身分 インストラクターor アシスタントインストラクター
(アシスタントインストラクターはタスクフォース参加となります。)
- ⑩ WS インストラクター資格の有無
- ⑪ 現在までのコース指導回数
- ⑫ 会員番号(ICLS 認定時)
- ⑬ 託児サービスの利用有無
- ⑭ その他連絡事項

【注意】※指導に当たっては、私服（ズボン、動きやすいもの、汚れてもよいもの等）、運動靴での参加をお願いします。

【お問い合わせ先】総務課人材育成支援事務室 地域医療活性化センター事務係 内線：5641