

令和 8 年 7 月 1 4 日

関係者各位

神戸大学医学部附属病院長

黒 田 良 祐

令和 8 年度神戸大学医学部附属病院職員 B L S (Basic Life Support)

講習会における指導者の募集について

このことについて、救急隊や医師に引継ぐまでの間に行う一次救命処置を習得するための実技実習を中心とした講習会を実施いたします。

つきましては、指導者を募集いたしますので別紙をご確認のうえ、お申込みください。

なお、申込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、結果を通知いたします。

担 当 係 神戸大学医学部総務課

地域医療活性化センター事務係（吉岡）

お問い合わせ先 078-382-5641（直通）cacm@med.kobe-u.ac.jp

BLS (Basic Life Support)における指導者の募集

BLS におけるインストラクターを募集いたします。

【日 時】令和 8 年 9 月 2 日（水）3 日（木）8 時 30 分～13 時 00 分（（予定）

【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】インストラクター：ICLS インストラクターの資格を保持している方

【申込締切】令和 8 年 7 月 30 日（木）正午

※応募者多数の場合は早期に締め切りますので、ご容赦ください。

【申込方法】下記サイトよりお申込み下さい。

<https://forms.gle/Nk9qg6kzguTtCfYT9>

【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。

※謝金及び交通費は神戸大学規定により支給いたします。（学外者）



上記【申込方法】より申込できない場合は、件名を「【2609 BLS 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(宛先：cacm@med.kobe-u.ac.jp)をご送付願います。

- ① 氏名(漢字) (例)楠 花子(姓と名の間は一文字空けてください)
- ② 氏名(カナ) (例)クスノキ ハナコ(全角カタカナで入力し、姓と名の間は一文字空けてください)
- ③ 医療機関名
- ④ 所属部署名
- ⑤ 職種
- ⑥ 役職
- ⑦ 性別
- ⑧ 生年月日(西暦) (例)1995/12/9
- ⑨ メールアドレス(ＰＣメールを記入してください。携帯メールは不可)
- ⑩ 携帯電話番号 (例)090-1111-2222
- ⑪ BLS 指導経験回数
- ⑫ ICLS 認定インストラクター番号
- ⑬ 託児サービスの利用有無
- ⑭ その他連絡事項(あればご記入ください)

【お問い合わせ先】神戸大学医学部総務課地域医療活性化センター事務係 078-382-5641（直通）