

〇〇消指第〇〇〇〇号
令和 年 月 日

〇〇病院院長 殿

福岡県救急業務メディカルコントロール協議会会長

薬剤（エピネフリン）投与に係る救急救命士の認定について

令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで申請がありました標記の件につきまして、下記のとおり認定しますので、認定証を送付します。

記

- 1 認定年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
- 2 認定救急救命士 別紙のとおり