千葉大学医学部附属病院

大会ロゴ

組織ロゴなど貼り付け

病院長　殿

スポーツメディクスセンター長　殿

看護部長　殿

　　（依頼年月日）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（依頼団体名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（依頼者名）

（依頼者連絡先）

（大会名等） における医療支援の依頼について

(元号)　　年　　月　　日　開催予定の標記大会における医療支援について、下記及び別紙のとおり依頼いたしますので、ご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

記

* + - 1. **・大会概要**

大会基本理念などあれば記載

* + - 1. **・依頼日時及び場所**

日時：（例：令和●年1月1日　午前9時～午後5時）

場所：（例：千葉大学亥鼻キャンパス　千葉市中央区亥鼻1-8-1）

以上

　　年　　月　　日

**スポーツメディクスセンター活動依頼申請書**

千葉大学医学部附属病院　スポーツメディクスセンター長　　殿

届出代表者氏名 　　 担当者氏名

連絡先　mail 　　　　　 　Tel　　 －　　－

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| イベント名 |  | 主催者　 |  |
| 開催場所 | 　 |
| 開催期間 | 月　　日（　）～　　月　　日（　）　　　時　　分　　～　　　時　　分 |
| 予想集客数 | (1日)　　　　　　　　　人 | 救護担当人員総数　　　　　　　　　　　人 |
| １　イベント内容 |
| ２　具体的な依頼要件(職種・人数・職務・時間および具体的な内容・条件(謝金)等)（例：参加選手や来場者等における応急手当の実施に伴う救護所運営。その運営にあたる医師2名、看護師1名。令和X年X月X日(金)午前10時頃から午後4時頃までの間(休憩時間を除く5時間)謝金：医師50,000円/１名、看護師10000円/1名。　昼食、交通費支給、大会スタッフシャツの支給） |
| ３　救護組織(1)代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　 携帯電話番号　　　　　　　　　　(2)救護所【場所：　　　　　　　　　　　　】※会場図があれば添付し、救護所の位置を示して下さい。　・当センター以外の救護所スタッフ　医師：　　　人／看護師：　　人　・その他医療関係者、市民救命士講習修了者：　　　人　・AEDの設置と場所　設置　有　　　台　場所　　　　　　　　　　　　　　　　・　無　　・搬送用担架等の有無　　有　　　基　・　無　・その他医薬品・資器材等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(3)病　　院（受け入れ協力病院等）　・要請の有無　　有　　　　　　病院　・　　無　(4)消　　防（救急等）　・要請の有無　有　・　無・有の場合、具体的内容等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(5)行　　政（保健所等）　・要請の有無　有　・　無・有の場合、具体的内容等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 【その他事項】 |