

アメリカ心臓協会(AHA)救急心血管治療(ECC)プログラム
インストラクター/TCF 資格更新チェックリスト

フォーム説明: 本チェックリストを使ってインストラクター/トレーニングセンターファカルティ (TCF) 資格の更新条件を満たすことを証明し、連絡先を記録することができる。TC は記入したフォームを当該インストラクターファイル内に保存することが望ましい。

インストラクター/TCF の連絡先

氏名: _____
 住所: 〒 _____
 電話: _____ Fax: _____
 電子メール: _____
 その他の連絡先: _____
 科目: BLS ACLS PALS インストラクターカードの有効期限: _____
 プライマリ TC (資格更新を希望する科目): _____
 TC コーディネータの氏名: _____

資格更新チェックリスト

プロバイダースキルが問題なく実施できた 日付: _____ 方法: _____
 プロバイダー筆記テストで 84%以上の得点を取得した 日付: _____
 インストラクター/TCF アップデートに参加した 日付(複数可): _____
 インストラクター/TCF モニターフォームの記入内容に問題がない 日付: _____
 過去 2 年間に 4 回以上のプロバイダーコースで指導証明, またはその減免理由 (下記参照)
 TCF については, 過去 2 年間に 1 回インストラクター/インストラクターリニューアルコースを指導した (下記参照)

指導活動

コース名	日付	開催場所 (TC/サイト)	ステーション/モジュール
1.			
2.			
3.			
4.			
インストラクター/インストラクターリニューアルコース			
1.			

記入しきれないコースについては別紙に記入して添付するか, 本チェックリストの裏面に記入してもよい。

新しいインストラクターカードが発行された 日付: _____
 TCF の資格が維持された 日付: _____