

アメリカ心臓協会(AHA)救急心血管治療(ECC)プログラム  
トレーニングセンターファカルティ申請書

**フォーム説明:** トレーニングセンターファカルティ (TCF) 候補者が記入して署名のうえ、該当する署名を得ること。

氏名 (資格を付記): \_\_\_\_\_

住所: 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

電子メール: \_\_\_\_\_

インストラクターカードの有効期限: \_\_\_\_\_

リージョナルファカルティメンバーまたは TCF メンバーからの推薦状

**トレーニングセンターファカルティ誓約:** 私は、トレーニングセンターファカルティメンバーとして 1 回のインストラクターコースに加えて、2 年間に 4 回以上プロバイダーコースで指導を行い、AHA のガイドラインに従ってインストラクター/インストラクター候補者/コースディレクターを監督することに同意します。また、私が活動する地域において救命の連鎖および AHA の使命の実現を推進し、それを支持することにも同意します。

\_\_\_\_\_

トレーニングセンターファカルティ候補者の署名

\_\_\_\_\_

日付

**トレーニングセンターとの提携:** 私はこの申請書を承認し、この候補者が 2 年以上インストラクターを務めたこと、または 8 回以上のコースの指導を行い、受講者から高い評価を得たことを示す書類を受領した。私は、この候補者が本トレーニングセンターと提携することを認め、このトレーニングセンターファカルティメンバーに対して、“Program Administration Manual” に記載されているすべての責任を果たすことに同意する。

TC の名称: \_\_\_\_\_

TC コーディネータの署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_