

送付先：旭化成ゾールメディカル株式会社 LifeVest 事業本部  
施設研修会（トレーニング）申込み窓口 行

**FAX: 03-6800-2785**

## ～着用型自動除細動器 LifeVest 施設研修会申込み書～

ご施設名 : \_\_\_\_\_  
診療科名 : \_\_\_\_\_  
担当医師名 : \_\_\_\_\_  
担当臨床工学技士 : \_\_\_\_\_  
担当看護師 : \_\_\_\_\_

**研修会のお申込みに際しては、LifeVest の運用で中心的な役割を担われるご担当者の方をお知らせください。**

（担当 臨床工学技士、看護師の方についてはいずれか一方でも構いません。未定の場合は研修会当日までに決定の上、ご連絡ください。）

### ご希望の曜日、時間帯

月・火・水・木・金（曜日にをチェックしてください、複数可） \_\_\_\_\_ 時頃より

その他連絡事項 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

（詳細は弊社営業担当が調整させていただきます。ご希望される曜日、お時間帯をお知らせください。）

研修会調整の連絡先： ご氏名 : \_\_\_\_\_（院内所属部署 : \_\_\_\_\_）

電話番号 : \_\_\_\_\_ 電話希望

メールアドレス : \_\_\_\_\_ メール希望

### 【研修会概要】 下記の項目をご確認ください。

- ご施設単位で実施いたします。弊社よりトレーナーを派遣いたします。
- 所要時間は1時間程度、途中の入退はご遠慮願います。

**着用型自動除細動器(WCD)の臨床使用に関するステートメント(下記)を参照の上、下記をご確認ください。**

ステートメント掲載 URL <http://new.jhrs.or.jp/pdf/guideline/statement20180215.pdf>

- 対象は WCD に関する医療従事者（医師およびメディカルスタッフ）です。
- 本研修会の受講をもって WCD 使用の施設条件を満たすこととなります。参加者の芳名録を作成、旭化成ゾールメディカルより ICD/CRT 研修管理事務局（日本不整脈心電学会）へ報告いたします。
- WCD を処方する医師は、WCD に関する内容を含んだセミナーの受講が必要となります。

ご連絡先：旭化成ゾールメディカル株式会社

LifeVest 事業本部

0800-919-3267（フリーコール）