

臺南市安心場所認證單位所屬員工 CPR+AED 完訓人員簽到冊

說明：申請認證單位所送之所有佐證資料若有造假，由申請單位自行承擔責任。

◎ 受訓單位名稱：_____

◎ 受訓日期：____年____月____日

◎ 受訓時間：自____時____分至____時____分

◎ 受訓課程內容：簡易版 CPR+AED（授課時間 90 分鐘）

完成版 CPR+AED（授課時間 180 分鐘）

◎ 教學訓練機關單位名稱：_____

◎ 教學老師簽名：（請附教學老師資格證影本資料）

教學老師簽名	請勾選師資之資格
	<input type="checkbox"/> CPR 指導員 <input type="checkbox"/> BLS 指導員 <input type="checkbox"/> ACLS 指導員 <input type="checkbox"/> EMS 助教 <input type="checkbox"/> EMS 教官 <input type="checkbox"/> 從事緊急醫療救護 3 年以上之 EMT-2、EMT-P、醫師、護士
	<input type="checkbox"/> CPR 指導員 <input type="checkbox"/> BLS 指導員 <input type="checkbox"/> ACLS 指導員 <input type="checkbox"/> EMS 助教 <input type="checkbox"/> EMS 教官 <input type="checkbox"/> 從事緊急醫療救護 3 年以上之 EMT-2、EMT-P、醫師、護士
	<input type="checkbox"/> CPR 指導員 <input type="checkbox"/> BLS 指導員 <input type="checkbox"/> ACLS 指導員 <input type="checkbox"/> EMS 助教 <input type="checkbox"/> EMS 教官 <input type="checkbox"/> 從事緊急醫療救護 3 年以上之 EMT-2、EMT-P、醫師、護士
	<input type="checkbox"/> CPR 指導員 <input type="checkbox"/> BLS 指導員 <input type="checkbox"/> ACLS 指導員 <input type="checkbox"/> EMS 助教 <input type="checkbox"/> EMS 教官 <input type="checkbox"/> 從事緊急醫療救護 3 年以上之 EMT-2、EMT-P、醫師、護士

