

**Erie County Medical Center
Office of Prehospital Care
Agency Didactic CME Reporting Form**

Agency: _____ Date: _____

Topic: _____ Presenter: _____

Hours: _____

| Name (please print) | Certification Number |
|---------------------|----------------------|
| 1.) | |
| 2.) | |
| 3.) | |
| 4.) | |
| 5.) | |
| 6.) | |
| 7.) | |
| 8.) | |
| 9.) | |
| 10.) | |
| 11.) | |
| 12.) | |
| 13.) | |
| 14.) | |
| 15.) | |
| 16.) | |
| 17.) | |
| 18.) | |
| 19.) | |
| 20.) | |