

聴覚障害者用

出張講習受講申込書

- 1 下表の太枠内の該当する箇所に、ご記入ください。
- 2 申込み結果は、「可・不可」に関わらずメール又は、F A Xにてお知らせします。
 - * 1 返信は抽選終了後となります。返信がない場合は、応急手当研修センターへお問合せください。
 - * 2 結果連絡の前に、お問合せする場合があります。

◆ 受講希望講習日

希望順位	番号	実 施 日	開始時間
第 1 希望		年 月 日 ()	AM・PM
第 2 希望		年 月 日 ()	AM・PM
第 3 希望		年 月 日 ()	AM・PM

種 別
① 普通救命講習Ⅰ
② 普通救命講習Ⅱ
③ 普通救命講習Ⅲ
④ 上級救命講習
⑤ 救命入門コース(成人)
⑥ 救命入門コース(小児・乳児)

- * 1 「番号」欄には、右表の希望する種別の番号を記入してください。
- * 2 ②・④の講習は、開始時間・開催場所（応急手当研修センターのみ）が限定されます。
- * 3 「開始時間」欄には、希望する時間帯に○で囲んでください。

◆ その他（講習にかかる事項）

申 請 者	団 体 名		手話通訳者等希望 □有・□無 □手話通訳者 □要約筆記奉仕員
	住 所		
	氏 名		
受 講 場 所	☐ 応急手当研修センター ☐ その他（ 区 ）		
受 講 者 数	名		

- * 「受講場所」欄には、希望する会場となる箇所にレ印をご記入ください。
- * 「その他」の場合は、会場となる所在地及び建物名をご記入ください。

◆ 連絡先（申込みについて連絡できる方をご記入ください。）

連絡先	氏 名		電 話 番 号	() -
			F A X 番 号	() -

受理 年 月 日 (:) 担当 : _____

連絡 年 月 日 (:) 担当 : _____

- * その他（調整した事項）