

平成 年 月 日

三原赤十字病院長 様

団体名 \_\_\_\_\_

## 赤十字幼児安全法講習会の開催申込みについて

このことについては、次のとおりです。

## 1 開催予定日時

	開催希望日（曜日）	時 間
第1希望	平成 年 月 日（ ）	: ~ :
第2希望	平成 年 月 日（ ）	: ~ :
第3希望	平成 年 月 日（ ）	: ~ :

記入例 平成30年2月5日（月） 記入例 13:00~14:30

1) 講習内容に心肺蘇生法を希望される場合は、1時間以上の開催をお願いします。

内容の例) 気道異物除去+心臓マッサージ+AEDの使用 1時間30分程度

気道異物除去+けがの手当て 45分程度

(内容・時間については適宜ご相談ください。)

2) 複数回開催希望の場合は、別途ご相談ください。

2 受講予定者数 保育士・保護者・その他（ ） 計 \_\_\_\_\_名

3 講習希望内容 \_\_\_\_\_

## 4 連絡先

担当者	(職名)	(氏名)
T E L		
F A X		

**FAX (0848-64-1803) まで返信ください。**

・問い合わせ先  
 三原赤十字病院  
 医療社会事業課 石原  
 TEL 0848-64-8111  
 FAX 0848-64-1803