

《出張コース講習会開催申請書》

【申込者】

貴社名・団体名			
貴社・団体ご住所		〒 —	
申込責任者	お名前		
	所属部課名	役職名	
	電話番号	—	—
	F A X	—	—
	E-mail	@	

※講習会に関するやりとりに使用します。必ず受信、確認が出来るアドレスをご記入下さい。

【開催場所】 ※上記申込者と開催場所が異なる場合のみ、ご記入ください。

開催場所：貴社名・団体名			
開催場所：貴社・団体ご住所		〒 —	
申込責任者	お名前		
	所属部課名	役職名	
	電話番号	—	—
	F A X	—	—
	E-mail	@	

※講習会に関するやりとりに使用します。必ず受信、確認が出来るアドレスをご記入下さい。

【開催コース No, (※)】		予定受講者数	名
【開催日】		【開催時間】	
第一希望日	月 日 ()	:	~ :
第二希望日	月 日 ()	:	~ :
第三希望日	月 日 ()	:	~ :

※開催希望コースをこちらからお選びください。

コース No,	コース名
①	PUSHコース (約 60 分：試験なし・受講証発行)
②	市民標準コース (180 分：試験なし・受講証発行)
③	市民上級コース (200 分：試験あり・修了証発行)
④	応急手当コース (60 分：試験なし・受講証発行)
⑤	カンタンPUSH+応急手当コース (90 分～：試験なし・受講証発行)
⑥	医療従事者コース (時間等応相談)

※注意事項※

↓★を@に書き換えてお送り下さい

開催日 2 週間前までに受講者名リストを E-mail で事務局までお送り下さい。[E-mail] osakalsa★comet.ocn.ne.jp

開催日 2 週間前以降に受講人数が減った場合、お申し込みいただいた人数分の受講料を頂戴いたしますので、ご了承ください。