

大阪ライフサポート協会 御中

出張コース:講習会開催申請書

<<申込者>>

貴社名・団体名				
貴社・団体住所		〒 _____		
申込 責任者	所属部課名		役職名	
	御名前			
	電話番号	() _____	FAX番号	() _____
	E-mail アドレス	_____@_____		

<<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・団体住所		〒 _____		
開催場所 責任者	所属部課名		役職名	
	担当者の御名前			
	電話番号	() _____	FAX番号	() _____
	E-mail アドレス	_____@_____		

開催コース No.※1		予定受講者数	名
	開催希望日	希望時間	
第1希望日	月 日	時 分～	
第2希望日	月 日	時 分～	
第3希望日	月 日	時 分～	

※1: 開催希望コースをこちらからお選びください。

コースNo.	内容
①	市民簡易コース(PUSH) [45～60分: 試験なし、簡易受講証発行]
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 [220分: 試験あり、修了証発行]
④	応急手当コース [60分]
⑤	カンタンPUSH・応急手当コース [90分]
⑥	医療従事者コース(時間等々応相談)

<注意事項>

※開催日2週間前までに、受講者リストを E-Mail または FAX にて事務局まで送付ください。

※開催日2週間前以降に受講人数が減った場合、お申し込み頂いた人数分の受講料を頂戴いたしますので、ご了承下さい。

お問合せ: 大阪ライフサポート協会 事務局

TEL: 06-6370-5883 (受付時間 平日 10:00～17:00) / FAX: 06-6370-5884

URL: <http://osakalifesupport.jp/> E-Mail: osakalsa@comet.ocn.ne.jp