

別記様式14

平成 年 月 日

大隅肝属地区消防組合
署長・分署長 様

申請者 _____ 印

救 急 講 習 申 込 書

訓練日時	平成 年 月 日 (～平成 年 月 日)		
	時	分	分
事業所の所在地			
事業所名等	担当者		
	連絡先		
訓練場所	※ 研修棟予約 <input type="checkbox"/>		
名簿提出	<input type="checkbox"/> 申請時	<input type="checkbox"/> 後日	<input type="checkbox"/> 当日 (一般講習除く)
	受講人員	名	

訓練概要

- | | |
|--|---|
| 1 一般応急手当法
<input type="checkbox"/> 心肺蘇生法 (<input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 乳児)
<input type="checkbox"/> AED
<input type="checkbox"/> 水難救助法 <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 止血法
<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 熱中症
<input type="checkbox"/> その他 ()
テキスト準備状況 () | 2 普通救命講習 <input type="checkbox"/> I (3時間) <input type="checkbox"/> II (4時間)
<input type="checkbox"/> III (3時間)
3 上級救命講習 <input type="checkbox"/> (8時間)
4 実技救命講習 <input type="checkbox"/> (2時間)
5 救命入門コース <input type="checkbox"/> (90分)
6 その他 <input type="checkbox"/> () |
|--|---|

映画・ビデオ	要・否	題名		
		ビデオデッキ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		テレビ・スクリーン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		プロジェクター	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 : 本部予約

※ 受付欄	※ 経過欄		
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">受付者</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> </table>	受付者	
受付者			

- 備考 1 ※印の欄は記入しないで下さい。
 2 選択欄は該当する箇所の□にレ点を入れてください。
 3 動きやすい服装とし、タオル又はハンカチを持参して下さい。
 4 この様式は1部提出し、控えが必要な場合はコピーを保管して下さい。

