

年 月 日		大隅肝属地区消防組合 署長・分署長 様		申請者	印
<u>救 急 講 習 申 込 書</u>					
訓 練 日 時	年 月 日 (～ 年 月 日) 時 分 ～ 時 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
<p>訓練概要</p> <p>1 一般応急手当法 <span style="float: right;">2 普通救命講習 <input type="checkbox"/> I (3時間) <input type="checkbox"/> II (4時間)</span></p> <p><input type="checkbox"/> 心肺蘇生法 ( <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 乳児 ) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> III (3時間)</span></p> <p><input type="checkbox"/> AED <span style="float: right;">3 上級救命講習 <input type="checkbox"/> (8時間)</span></p> <p><input type="checkbox"/> 溺水(水の事故)に 対する応急手当 <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 止血法 <span style="float: right;">4 実技救命講習 <input type="checkbox"/> (2時間)</span></p> <p><input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 熱中症 <span style="float: right;">5 救命入門コース <input type="checkbox"/> (90分)</span></p> <p><input type="checkbox"/> その他 <span style="float: right;">6 その他 <input type="checkbox"/> ( )</span></p> <p>※テキスト準備状況 ( )</p>					
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		
				受付者	

- 備考 1 ※印の欄は記入しないでください。
- 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ください。
- 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ください。