

開催希望日の3ヶ月前までに、FAX・メールにて当支部宛てにお送りください。

令和 年 月 日

救急法等講習会 希望申込書

宛 先：日本赤十字社福島県支部 事業推進課 あて

FAX 番号：024(545)7923

Email: koushu@fukushima.jrc.or.jp

| | | | |
|-----------|---------|--------|-----|
| 申 込 団 体 名 | 団体名 | | |
| | 代表者職 | 氏名 | |
| 担 当 者 | 所属部署・氏名 | 部署名 氏名 | |
| | 連 絡 先 | 電話 | FAX |
| | | E-mail | |
| | 住 所 | (〒) | |

1 希望する講習会 (講習会とコースを○でかこんでください)

- (1) 救急法 ①心肺蘇生と AED(自動体外式除細動器)講習 ②きずの手当
- (2) 水上安全法 ① 着衣泳 ②水の事故を防ぐために
- (3) 健康生活支援講習 ①健康づくり ②介護のしかた ③ボランティア活動に役立つ技術
④避難生活支援講習(高齢者等支援) ⑤地域で支える認知症
- (4) 防災プログラム(2時間程度) ①非常食作り ②災害時の救急法 ③DIG(災害図上訓練)
④(HUG)避難所運営ゲーム ⑤その他

2 開催希望日時

| 1 案 | 2 案 | 3 案 |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| 月 日() : ~ : | 月 日() : ~ : | 月 日() : ~ : |

3 予定会場

会場名 _____
(常に管理者がいる 常には管理者がいない)

受講証は 必要 不要
※受講証の受講者名は、各自またはお申込み団体様にてご記入ください。

4 受講対象者及び人数 (○でかこんでください)

対象：学校関係〔JRCメンバー(児童生徒・学生)(人)・教職員(人)・保護者(人)〕
その他(どういった方が(人))

合計人数：_____ 名 (予定)

※心肺蘇生と AED 講習は、人形への呼吸吹き込み練習は行わず、原則としてデモンストレーションでの説明となること

5 希望内容 (1の希望する講習のほかに特にある場合)

6 その他 (行事の一環で開催する場合は行事名をご記入ください) ()

----- これより下の記入は不要です -----

返 信 日 月 日() 日本赤十字社福島県支部 事業推進課 TEL 024-545-7996

希望された講習会については、下記のとおり予定しましたので、講習会開催申請書(別紙様式2)の提出をお願いします。(郵送・FAX・メール)

記

開催日時 _____ 月 _____ 日() : _____ ~ _____ :