第　　　　　　　号

令和　　　年　　　月　　　日

日本赤十字社茨城県支部長　様

主催団体名　　　　　　　　　　　　　　　　印

赤十字 **≪健康生活支援≫** 講習の開催について（依頼）

　うえのことについて、下記により実施したいので指導員の派遣をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　講習の種類 | 　　　　　　　　 **短　期　講　習** |
| 内　　容 | すこやか健康コース　・　認知症コース　・　災害コース　その他（　　　　　　　　　　　　　　）※内容の詳細は別表「健康生活支援講習 短期講習メニュー（コロナ対応版）」参照 |
| 形　　態 | 対　面　型　　・　　オンライン型（派遣料無料） |
| 教材等について | 小冊子（53円） | 有　・　無 | 保険加入希望（100円） | 有　・無 |
| ２　日　　　時 | 令和　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）　　　　時　　分～　　　　時　　分　　 |
| ３　会　　　場 | 会場名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）住　所　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ４　対象者（人数） | 対象者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）人 |
| ５　担当者連絡先 | 住　所　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ６　団 体 区 分 | 日赤地区分区 ・ 赤十字奉仕団 ・ JRC加盟校 ・ その他 |
| ７　資材貸出・返却希望日時 | 貸出日時：　　月　　　日（　　）午前 ・ 午後返却日時：　　月　　　日（　　）午前 ・ 午後※原則として支部で受け渡します。※貸出日は原則、**講習前日**となります。当該日が土日祝日の場合は、その前の平日になります。 | 宅配希望　　　有 ・ 無※宅配料は主催者負担となります。 |
| 今後、赤十字の広報紙の送付や、活動資金への協力のご案内をしてもよろしいですか。 | はい　・　いいえ |

* 実施日時および内容については、講習開催希望日の２ヶ月前までに、当支部講習担当と調整願います。
* 本書提出の期限は、講習開催希望日の６週間前といたします。