|  |
| --- |
| 青少年赤十字登録式講師派遣申込書 |

　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

日本赤十字社鹿児島県支部事務局長　様

　（TEL:099-252-0600，FAX:099-258-7037）

＜申込者＞　住所（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　学校（園）名

ＴＥＬ　（　　　-　　　-　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　（　　　-　　　-　　　　）

校（園）長名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　 （担当者）

青少年赤十字登録式を下記のとおり実施します。

　ついては，講師の派遣についてよろしくお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 日　　時 | 令和 　年 　月 　日（　）（　　時　　分～　　時　　分） |
| 場　　所 |  |
| 参 加 者 | （学年等）　　　　　　　　　　　　　　　（　　人） |
| 実施計画（学校作成の実施計画コピ―でも可） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　講話所要時間（　　　分） |
| 講師への要　　望 |  |
| 備　　考 |  |

**（＊　講師派遣の日程の調整の都合上，遅くとも実施日の３週間前までに提出してください。）**