

令和 年 月 日

日本赤十字社長崎県支部事務局長 様

主催者名 _____

赤十字講習会の開催について

下記により、_____講習会を開催するため、講師を派遣くださるようお願いします。

記

1. 開催日時 _____ 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
2. 開催場所 施設名: _____
住所: 〒 _____
電話番号: _____
駐車場の有無: 有 無
※開催地の簡単な地図を添えてください
3. 受講人数 _____ 名
4. 対象者 児童・生徒 教職員 社員 保護者 地域住民 その他 ()
5. 担当者 氏名: _____
連絡先: _____
6. 希望講習内容 (できるだけ詳しく)

7. 使用希望教材 (をつけてください) ※価格は1人あたり
Q マスク+冊子+心肺蘇生人形・AED 使用料 (セット価格¥400)
Q マスク+心肺蘇生人形・AED 使用料 (セット価格¥350)
冊子のみ (¥55) ※実技なし
8. 必要書類 (をつけてください)
見積書 納品書 請求書 領収書
宛名: _____
送付先: 〒 _____
