

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¥350)

Q マスク+心肺蘇生人形・AED 使用料 (セット価格¥300)

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: 〒 _____

様式 1

講習費用（謝金・教本等）振込申出書

主催者名_____

令和_____年_____月_____日に行いました講習費用について下記のとおり振込みいたします。

振込先 十八親和銀行 観光通支店（普通）0446617
口座名義：日本赤十字社長崎県支部 支部長 中村法道

振込名義：_____

振込金額：_____円
(内訳)