　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

日本赤十字社島根県支部長　　様

申請団体・学校名：

代表者名：

（公印省略）

**青少年赤十字活動への協力について**

**（希望される内容に〇印を付けてください）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活　　動　　内　　容 | | | | | |
|  | 加盟登録式 |  | 防災スクール |  | 総合的な学習の時間 |
|  | その他（ | ） | | | |

　このことについて，下記のとおり協力いただきたく、申請します。

記

１．日時　　 令　和　　年　　月　　日（　）　　　　時　　分～　　時　　分

２．会場　　 名　称

住　所

ＴＥＬ

**希望内容を記入ください。**

３．内容　※希望される活動内容の詳細をご記載下さい。

**希望内容を記入ください。**

**希望内容を記入ください。**

４．対象及び人数　　児童・生徒（　　名）・教職員（　　名）・保護者（　　名）・その他（　　名）　計　　　名

**対象を〇で囲み、受講人数を記入ください。**

５．連 絡 先　　住　　所　〒

**希望講習を〇で囲んでください。**

TEL　　　　　　　　　　　　　FAX

担当者名

青少年赤十字（加盟校・未加盟校）　※申請者が学校の場合、どちらかに○印を付けて下さい

６．その他（連絡事項）　①会場は（　 ）洋室　（ 　）和室　（ 　）体育館　（ 　）その他

②ＤＶＤによる動画の視聴　（　可　・　不可　）

**対象を〇で囲み、受講人数を記入ください。**