20　　年　　月　　日

※開催したい講習会の紹介ページをご覧いただき、内容や必要時間等についてあらかじめご確認ください。

日本赤十字社山口県支部長　　様

※小・中・高等・特別支援学校の場合はどちらかに○を付けて下さい

（青少年赤十字　加盟・未加盟）

（団体名　代表者職名）　　　　　　　　　　　　　　　　長

赤十字救急法講習会の開催に伴う指導員派遣申請について

　標記のことについて、下記により開催したいので、指導員の派遣についてよろしくお願いいたします。

記

１　講習期間

第1希望　20　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　　時　　分

第2希望　20　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　　時　　分

※小・中・高等・特別支援学校の関係者で5月～7月に開催予定の場合、

第2希望まで必ずご記入願います。

２　講習会場

　　　名　称：

　　　所在地：〒

３　受講予定者数　　　　名

（内訳：　　年生児童　　名、生徒　　名、保護者　　名、教職員　　名、その他：　　　　名）

その他の場合は対象者をご記入ください

４　開催担当者（所在地・氏名・電話番号・FAX番号・メールアドレス）

　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　MAIL

５　講習内容（〇をつけてください）

　A　児童・生徒のための救命手当短時間プログラム（児童・生徒対象）

　B　心肺蘇生とAED

　C　水の事故から児童の生命を守るための講習（小学校の保護者・教職員対象）

　D　その他（具体的に記入して下さい）