

赤十字健康生活支援講習支援員養成講習 受講申込書

○申込は、平成 31 年 5 月 31 日（金）までです。期間外の申込は無効です。

多可郡多可町中区岸上 280

多可赤十字病院 医療社会事業課 TEL 0795-32-3810（直通） FAX 0795-32-5277（直通）

○受講の可否については、申込期間終了後、ご連絡いたします。

○受講可であっても、申込者本人以外の代理受講はできません。

○申込内容は、多可赤十字病院からの通知以外の目的で使用いたしません。

楷書でご記入ください

確認事項	<input type="checkbox"/> 開催要項及び受講にあたっての注意事項について、その内容を了承し、受講を申し込みます。 <small>（確認事項を了承していただける場合は、チェック（レ印）をいれてください。了承いただけない場合は、受講をお断りすることがあります。）</small>				
講習名称	赤十字健康生活支援講習 支援員養成講座	受講日	平成 31 年 6 月 30 日（日）、7 月 7 日（日）		
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日生（才）
現住所	〒 -		電話	（ ） —	
			FAX	（ ） —	
			携帯	— —	
該当する項目にレ印を入れてください。	<input type="checkbox"/> 赤十字関係者 <input type="checkbox"/> 赤十字ボランティア（防災ボランティア、奉仕団員） <input type="checkbox"/> ボランティアを目指す者 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
所属	所属団体・会社名等を記入				
備考					

以下事務局記入欄（記入しないでください。）

備考						
受付年月日	平成 年 月 日（ ）	受付者		番号		
教材費受領	月 日（ ）	受講票	平成 年 月 日（ ）			

多可赤十字病院