

## 災害時高齢者生活支援講習 受講申込書

○申込は、平成 32 年 2 月 14 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

|                    |   |     |                     |       |                    |
|--------------------|---|-----|---------------------|-------|--------------------|
| 講習名称               | 災害時高齢者生活<br>支援講習  | 受講日 | 平成 32 年 2 月 28 日（金） |       |                    |
| ふりがな<br>氏名         |   | 性別  | 男・女                 | 生年月日  | 昭和・平成<br>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<br><input type="checkbox"/> 赤十字ボランティア（防災ボランティア、奉仕団員）<br><input type="checkbox"/> ボランティアを目指す者<br><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 ( ) | 発送済 |  |    |

多可赤十字病院