

赤十字幼児安全法講習受講申込書

○申込は、令和2年5月14日（木）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 | 赤十字幼児安全法 支援員養成講習 | | 受講日 | 令和2年6月14日（日）・21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 | 令和 年 月 日（ ） | 受付者 | | | 番号 |
| 教材費受領 | 月 日（ ） | 受講票 | 令和 年 月 日（ ） | 発送済 | |

多可赤十字病院