

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、令和5年4月24日（月）から5月24日（水）までです。期間外の申込は無効です。

多可赤十字病院 医療社会事業課

兵庫県多可郡多可町中区岸上 280 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	☐ 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。 （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。）				
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	令和5年6月24日（土）、25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。	☐ 赤十字関係者 ☐ 赤十字ボランティア（防災ボランティア、奉仕団員） ☐ ボランティアを目指す者 ☐ 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