

年 月 日													
大隅肝属地区消防組合 署長・分署長 様	申請者 _____												
<u>救 急 講 習 申 込 書</u>													
訓 練 日 時	年 月 日 (～ 年 月 日) 時 分 ～ 時 分												
事業所の所在地													
事業所名等	担当者 _____ 連絡先 _____												
訓 練 場 所	※ 研修棟予約 <input type="checkbox"/>												
名 簿 提 出	<input type="checkbox"/> 申請時 <input type="checkbox"/> 後日 <input type="checkbox"/> 当日 (一般講習除く) 受講人員 _____ 名												
<p>訓 練 概 要</p> <p>1 一般応急手当法 2 普通救命講習 <input type="checkbox"/> I (3時間) <input type="checkbox"/> II (4時間)</p> <p><input type="checkbox"/> 心肺蘇生法 (<input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 乳児) <input type="checkbox"/> III (3時間)</p> <p><input type="checkbox"/> AED 3 上級救命講習 <input type="checkbox"/> (8時間)</p> <p><input type="checkbox"/> 溺水(水の事故)に <input type="checkbox"/> 異物除去 <input type="checkbox"/> 止血法 4 実技救命講習 <input type="checkbox"/> (2時間) 対する応急手当</p> <p><input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 熱中症 5 救命入門コース <input type="checkbox"/> (90分) <input type="checkbox"/> (45分)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 6 その他 <input type="checkbox"/> ()</p> <p>※テキスト準備状況 ()</p>													
映 画 ・ ビ デ オ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">題 名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">要 ・ 否</td> <td style="width: 40%;">ビデオデッキ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>テレビ・スクリーン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>プロジェクター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</td> <td style="text-align: right;">:本部予約</td> </tr> </table>	題 名			要 ・ 否	ビデオデッキ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			テレビ・スクリーン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			プロジェクター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	:本部予約
題 名													
要 ・ 否	ビデオデッキ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
	テレビ・スクリーン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
	プロジェクター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	:本部予約											
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄												
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px; text-align: center;">受付者</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> </table>		受付者											
受付者													

- 備考 1 ※印の欄は記入しないでください。
- 2 選択欄は該当する箇所の□にレ点を入れてください。
- 3 動きやすい服装とし、タオル又はハンカチを持参してください。
- 4 この様式は1部提出し、控えが必要な場合はコピーを保管してください。