HP用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体情報 | 企業・団体名称**（修了証に団体名を記載します）** |  |
| 企業・団体住所 | 〒Tel |
| 受講人数 | 　　　名 |
| 代表者名 | 役職　氏名　 |
| 開催日時 | １回目：令和　年　月　日（　）　時　　分　～　　時　　　分２回目：令和　年　月　日（　）　時　　分　～　　時　　　分３回目：令和　年　月　日（　）　時　　分　～　　時　　　分 |
| 開催場所**（団体住所と相違の場合記載）** |  |
| 駐車場 | １　有り（場所 台）　　　　２　無し |
| 名簿の提出 | 受講者名簿を１回目開催日の7日前迄に提出します。「講習 年月日」と「講習場所」を記入します。 |
| 講習内容**（当社記載）**  | 1. 総務省消防庁の定める応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱に基づき構成された心肺蘇生法、AEDの取り扱い等の普通救命講習と同様の内容（講習時間180分or　240分）
2. 上記以外の内容によるカリキュラム（内容は個別にて打ち合わせ）
 |
| **確認事項** | 1. **事業所単位で日本防災士機構認定の防災士資格取得予定がある場合はお申し込み時に、担当者までお申し出をお願いします。（当社発行の受講証の仕様が異なります）**
2. **事前打ち合わせ及び概算御見積が必要な場合は担当者までお申し出をお願いします。**
 |

株式会社北海道救急リリーフ　応急手当講習会　開催依頼書

「講習 年月日」と

「講習場所」を記入します。

**●開催14日～7日迄のキャンセルは一律 11,000円を申し受けます。**

**●開催7日前～当日迄のキャンセルは御見積額の100％を申し受けます。**

本依頼書送付の前に。電話、WEBフォームにて日程の仮予約をお願いします。

（依頼書はFAX、 メール等にて早めに当社まで提出下さい。期日までに名簿の提出もお願いします。）

ご担当者役職：　　　　　　　　　　　　　氏名：

Email: info@hokkaido-em.com

FAX　０１１－７８８－７４２０