

前橋赤十字病院 高度救命救急センター

G2015 版 BLS & AED コース 申込用紙

前橋赤十字病院 研修管理課 事務局 宛

FAX 027-225-5267

*この用紙のみ FAX してください。(かがみ文不要)

フリガナ		性別
氏 名		男・女
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
年 齢	歳 (申込時)	
携帯電話 *または日中連絡が取れる電話番号	—	—
メールアドレス		
勤務 (通学) 先		
職 種 *該当に○ その他は () に職種記入	医師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 救急救命士 消防士 ・ その他 ()	
勤務 (通学) 先 住所	〒	
勤務 (通学) 先 電話	—	—
受講希望日	第 1 希望	年 月 日
	第 2 希望	年 月 日

※携帯電話 (または日中連絡が取れる電話番号) につながらない場合は、勤務 (通学) 先にご連絡する場合がありますのでご了承ください。ご都合が悪い場合は事前にお申し出ください。

※選考が遅れた場合、メールにて可否通知を送付することがあります。尚、受講決定したのちコース開催が近付きましたら、改めて事務局よりお知らせメールをお送りいたします。

※メールアドレスは、楷書にてご記入ください。(送信のエラー防止のためご協力ください。)

<お問い合わせ先：事務局>

〒371-0811 群馬県前橋市朝倉町 389-1

Tel : 027-265-3333(代)

前橋赤十字病院

研修管理課 救急災害 WG 担当 大河原

2020.7.1 Ver.1.0

2020.9.30 Ver.1.1