

令和 年 月 日

日本赤十字社徳島県支部事務局長 様

主催者 _____ (印)

赤十字講習会への講師派遣について

このことについて、次のとおり開催したいので、講師を派遣願います。

※ご希望の項目に☑印をつけてください。

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 赤十字救急法講習 | <input type="checkbox"/> 赤十字幼児安全法講習 |
| <input type="checkbox"/> 健康生活支援講習 | <input type="checkbox"/> 赤十字水上安全法講習 |
| <input type="checkbox"/> 赤十字防災セミナー | <input type="checkbox"/> 赤十字活動紹介プログラム |

(実施項目) ※具体的にご記入ください

1. 開催日時 令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分

2. 開催場所 施設名： _____

所在地： _____

電 話： _____

3. 対象人員 _____ 名

4. 責任者 _____ 電話： _____

E-mail： _____

5. その他連絡事項

【お問い合わせ】

日本赤十字社徳島県支部
事業推進課 多田
〒770-0044 徳島市庄町三丁目 12-1
TEL:088-631-6000 FAX:088-631-6100
E-mail:jrcawa9@tokushima.jrc.or.jp