**出 欠 席 連 絡 票**

　( FAX送信票等のかがみは必要ありません。)

令和3年月　　日

公益社団法人 志太･榛原地域救急医療対策協会

　　　　　　　　　　　　　　　　 事　務　局　行　　(FAX　**054-644-0049**)

幼稚園･保育園･認定こども園名（　　　　　　　　　　　　　　）

電話番号（　　　　　　　　　　　　　　）

**小児救急講習会の出席について** (○をつけてください)

※どちらの時間帯でも参加いただける施設様のご出席をお願いいたします。

1. 小児救急講習会に　　　　　　A.出席する　　　　　　　B.欠席する

2. ご出席いただける方をご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属　／　職　名 | 氏　　　　名 |
|  |  |

3. ご質問、ご要望などございましたらお書きください。

|  |
| --- |
| ・  ・  ・ |

4.　来年度より、この講習会のご案内が**不要の**施設様は、

右の□に、レ点☑チェックをおねがいいたします。　　　　　□