

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5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)

- 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(2名まで参加可能です)

所属 / 職名	氏名	AED講習会 (出席○・欠席×)

3 ご質問、ご要望などございましたらお書きください。

<ul style="list-style-type: none">•••

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、レ点チェックをお願いいたします。