訓練体験申込書

申込日　　20　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | |
| 人数 | 名 | |
| 代表者名 | ふりがな | |
|  | |
| お住まいの地域 | 都道  府県 | 市区  町村 |
| 連絡先 | 電話番号 | |
| E－mail | |
| 希望日時  （○をお付け下さい） | ①定期開催コース　※毎月第3火曜13：30～15:30  （　　　月）  ②個別コース　※日時はご相談ください  　　　希望日時（　平成　年　月　日　　） | |
| 希望コース  （○をお付け下さい） | ①学校（初期対応）②学校（2次対応）③学校（引き渡し）  ④トリアージ　⑤一次救命（AED含む）⑥応急手当  ⑦その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ⑤一次救命コースを希望される方  消防・赤十字等での受講経験　（　有　　無　） | |
| その他 |  | |

* 当日は、動きやすい服装で足元はなるべくスニーカーでお越しください。
* 訓練の様子を撮影した動画をお持ち帰りいただくことができます。希望される方は、4GB以上空きがあるUSMメモリまたはSDカードをお持ちください。

＜お申込み・お問い合わせ先＞

　香川大学 地域強靭化研究センター（担当：高橋真里）

　TEL／FAX：087-832-1653

　E-mail：dcmkikikanri2@jim.ao.kagawa-u.ac.jp

参加者名簿

別紙

団体名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏名 | 番号 | 氏名 |
| 1 |  | 16 |  |
| 2 |  | 17 |  |
| 3 |  | 18 |  |
| 4 |  | 19 |  |
| 5 |  | 20 |  |
| 6 |  | 21 |  |
| 7 |  | 22 |  |
| 8 |  | 23 |  |
| 9 |  | 24 |  |
| 10 |  | 25 |  |
| 11 |  | 26 |  |
| 12 |  | 27 |  |
| 13 |  | 28 |  |
| 14 |  | 29 |  |
| 15 |  | 30 |  |