

↑
 FAX 03-3556-8217 (送信面はこちらです)

申込日 : 年 月 日

受講No.

災害救援ボランティア講座 受講申込書

私は、裏面『個人情報の取り扱い』に同意のうえ、下記の災害救援ボランティア講座に申し込みます。

希望講座	開催会場
東京 / 神奈川 / 千葉 / 埼玉 / 滋賀 / 静岡	
第 期講座	

私は、裏面『個人情報の取り扱い』に同意の上、今後募集される講座で優先受付を希望します。

※受講希望の方へ 必要事項をご記入する前に上記の□欄どちらかにチェックを入れてください。

ふりがな			性別	男	生年月日 (西暦)	年	月	日生
氏名				女	年齢	歳	血液型	RH()
自宅住所	〒							
電話・FAX	電話:				FAX:			
携帯	携帯電話:							
E-MAIL	E-Mail Address:							
受講生区分	<input type="checkbox"/> 在勤	勤務先 通学先						
在勤・在学 以外の方は 一般です	<input type="checkbox"/> 在学	所属 (学部学科)						
	<input type="checkbox"/> 一般	所在地	〒					
※上級救命 技能講習の 免除を希望 する方	<input type="checkbox"/> 私は、上級救命技能講習の 免除を希望 します。(※資格取得後、1年未満の方のみ免除)							
	<input type="checkbox"/> 上級救命技能認定証を持っている				取得日 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 日赤救急法救急員の資格を持っている				※複数お持ちの方は、直近の取得日をご記入下さい			
(アンケート) 災害救援ボランティア講座をどのようにしてお知りになりましたか。								
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 自治体広報 <input type="checkbox"/> 大学の掲示板 <input type="checkbox"/> 社内広報 <input type="checkbox"/> SLの紹介 <input type="checkbox"/> その他(
備考欄								
事務局 処理欄	受付	資料送付	入金	請求書	領収書	その他 担当者等		
	/	/	/	/	/			