

↑ FAX 03-3556-8217 (送信面を必ずご確認ください)

申込日：西暦 年 月 日	受講No.
-----------------------------------------------	-------

災害救援ボランティア講座 等 受講申込書

私は、『個人情報の取り扱い』に同意のうえ、下記の講座に申し込みます。
 ※受講希望の方へ 必要事項をご記入する前に裏面または別紙の個人情報の取り扱いをご確認下さい。

受講を希望する講座・講習名にチェックを入れてください。

首都圏第125期東京大学地震研究所災害救援ボランティア講座(8/20,28)
 上級救命講習(8/27)

ふりがな		性別	生年月日 ※西暦で記入してください
氏名			_____年_____月_____日
自宅住所	〒		
自宅または 携帯電話等 連絡先	電話：	FAX：	
	携帯電話：		
メールアドレス	email：		
受講生区分 <input type="checkbox"/> に チェック☑ をいれて ください	<input type="checkbox"/> 在勤	通勤先 通学先	
	<input type="checkbox"/> 在学	部署 学部	
	<input type="checkbox"/> 一般	在勤・在学以外の方は[一般]でお申し込みください	
一部科目の 免除を希望 する方	<input type="checkbox"/> 私は下記の条件に該当するため、一部科目の免除を希望します。		
	<input type="checkbox"/> 「災害模擬体験と実技」の免除申請 (本所・立川・池袋防災館を3年以内に体験済みの方)	体験日	_____年 _____月 _____日
(アンケート) 災害救援ボランティア講座をどこで知りましたか。			
<input type="checkbox"/> 掲示板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 各種広報誌 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
備考欄	受講に際してのご意見やご要望、心配なことがあればご記入ください		
連絡事項			
事務局 処理欄	受付	資料送付	入金
	請求書	領収書	セーフティリーダー認定番号
			_____ _____