

記載日：平成 年 月 日

BLS(一次救命処置)講習申込書

受講希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
受講希望場所			
施設(団体)名			
受講人数	名		
代表担当者名			
連絡先	お電話	—	ファックス —
その他 (ご要望があればご記入下さい)			

※ 受講希望日は①～③までご記入下さい。ただし、勤務の都合でご希望に添えない場合もあります。開始時刻は指定できません。日時については当院担当者よりご連絡を差し上げた際にご相談させていただきます。

上記項目を記載の上、ファックスでお申し込み下さい。

上対馬病院BLS推進委員会 委員長 野中 孝一

副委員長 松村 由紀子

FAX : 0920-86-4324

TEL : 0920-86-4321