

FAX送信先 一般社団法人 日本救急救命士協会 事務局

FAX番号 03-6904-7220

番号は、お間違いないように、お気をつけください。

受講申込書

下記のとおり、講習会に申し込みます。

申込者氏名	フリガナ	年齢
住所	〒	才
電話番号 携帯電話可		
メールアドレス	@	
職種		
受講希望日 右記の日程から ひとつお選び ください。	<input type="checkbox"/> 第1回目 (池袋会場) : 平成27年11月27日(金) <input type="checkbox"/> 第2回目 (千葉会場) : 平成28年1月30日(土) ※各日程とも定員になり次第、締め切らせていただきます。	
本講習はどのように知りましたか？ 当てはまる項目にチェックしてください。(複数可) <input type="checkbox"/> 知り合いから <input type="checkbox"/> このチラシで知った <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他 ()		

ご記入いただいた個人情報は、本講習の募集・案内以外には使用いたしません。

受講料 (3,000円) は、当日会場にてお支払いください。

※キャンセルの場合には、前日までに事務局までご連絡くださいますよう、よろしくお願いいたします。
ご連絡がない場合、受講料を頂戴する場合がございますのでご注意ください。