**FAX　078-241-6990**

（様式１）

申請日　　令和　　年　　月　　日

　日本赤十字社

　　兵庫県支部事務局長　様

学 校 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名

**青少年赤十字提供プログラム実施申請書**

　標記の件について、下記のとおり実施を希望いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| プログラム名 | □健康・安全プログラム □防災教育プログラム□福祉教育プログラム　　□国際理解・平和プログラム |
| 実施希望日時※第３希望までご記入願います。 | 第１希望：　　年　　月　　日(　　) 　　：　　～　　：　　第２希望：　　年　　月　　日(　　) 　　：　　～　　：　　第３希望：　　年　　月　　日(　　) 　　：　　～　　：　　**※申請日から３ヶ月以上あいていることをご確認ください。** |
| 対象者 |  | 対象人数 | 名（クラス数：　　） |
| 貴校教職員等における指導協力者数 | 　　　　　　　　　　名**※派遣する指導員は３名を上限といたします。（受講人数概ね30名につき指導員１名）** |
| 実施場所 |  |
| 連絡先 | 住所：〒　　　-　　　　TEL：　　　　　　　　　　E-mail：FAX：　　　　　　　　　　担当者職・氏名： |
| 希望内容要望事項 | **※AEDを用いた心肺蘇生で人工呼吸の練習を希望する場合は、１時間以上の時間設定が必要です。** |
| 達成目標 |  |

支部記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 実施決定日時 | 　　年　　月　　日(　　) 　　　　：　　　～　　　：　　 |

※本プログラムは青少年赤十字加盟校のみご利用いただけます。当該年度の加盟登録がまだお済みでない学校は、加盟登録票のご提出をお願いいたします。