

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	<input type="checkbox"/> 健康・安全プログラム <input type="checkbox"/> 防災教育プログラム <input type="checkbox"/> 福祉教育プログラム <input type="checkbox"/> 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() : ~ :
	<u>※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。</u>		
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 <u>※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)</u>		
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	<u>※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。</u>		
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。