

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 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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		
実施場所			
連絡先	住所：〒 -	TEL :	E-mail :
		FAX :	担当者職・氏名： <small>フリガナ</small>
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。

当該年度の加盟更新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。