

AED講習会参加申込書

平成 年 月 日

鹿児島大学保健管理センター所長 殿

【団体名】
【所属】 学部 学科
申込者 【氏名】 印
【連絡先】
※日中連絡のつながる連絡先をご記入下さい

下記のとおりAED講習会を申したいします

記

- 1 希望日時：平成 年 月 日/ 時 分
- 2 参加人数： 人
※別途参加者名簿を添付してください

※ 講習会を希望する団体・所属の責任者の氏名・確印を添えて提出してください

責任者 【所属】
【氏名】 印