

第1回 初級救急救命講座 お申込用紙

このお申込み用紙に必要時候をご記入のうえ **058-382-9853**

までFAXしてください。

ご案内とご注意

定員に達し次第、受付を終了いたします。お早めにお申し込みください。
定員超過によりご参加いただけない場合のみ、事務局よりご連絡いたします。

申込者 1

よみがな お名前			
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他
年齢	歳		
電話番号			
メールアドレス			
住所	〒		

申込者 2

よみがな お名前			
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他
年齢	歳		
電話番号	<input type="checkbox"/> 申込者 1 に同じ		
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 申込者 1 に同じ		
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申込者 1 に同じ		

【個人情報の取り扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は、本講座の運営・取りまとめ（名簿作成、受付、緊急連絡等）にのみ使用し、それ以外の目的で使用することはありません。