FAX

AHA japan ITO Training Network
博多トレーニングサイト

ＦＡＸ受付番号：（092）516−5571

ＰＡＬＳコース「申し込み用紙」

１．ＡＨＡ・BLS コース受講履歴

・受講したトレーニングサイト名、または、受講することが確定しているトレーニングサイト名

・受講した日、または確定している受講予定日(〇年〇月〇日)

２．受講を希望されるコース開催番号（例：第〇回）

３．受講を希望されるコース開催日付（例：〇月〇日）

４．氏名

[漢字]

[カタカナ]

[ローマ字]

５．生年月日

６．メールアドレス（携帯メール可）　例：a b c @ y a h o o . c o . j p

※大きくハッキリと記載してください。
※携帯メールの場合、パソコンからのメールが受信可能な状態にして下さい。

７．職種（医師、看護師、准看護師、救急救命士、臨床検査技師、医学生など）

８．勤務先（病院）情報

[勤務先名（病院名）]

[住所] 〒

[部署名]　[電話番号]

９．自宅情報

[住所] 〒

[電話番号]

１０．資料送付先（どちらかに 〇 をして下さい）※選択のない場合は「自宅」に送付します。

勤務先　・　自宅