

こどもの命を守るために 事故防止と乳幼児心肺蘇生セミナー 事前申込書

- 後日受講票を送付させていただきます。受講票は当日必ずお持ちください。
- 申込書に記載されている個人情報は、第三者に提供することはありません。

下記の申込フォームよりお申込みください。



申込フォーム URL: <https://forms.gle/S1triKhbKUqKTghJ7>

※左記二次元コードからもお申し込みいただけます。

上記フォームよりお申し込みが難しい場合には、以下をご記入の上、
FAXにてお申し込みください。(FAX 052-241-4130)

ふりがな	
氏 名	
勤務先名	
勤務先住所	〒 _____ ※受講票を記載住所へ送付します。 TEL _____ FAX _____
職種	☐ 保育士 ☐ 教諭 ☐ 栄養士 ☐ 看護師 ☐ その他 (_____) ※その他の方は、職種をご記入ください。
メールアドレス	

公益社団法人愛知県医師会

医療業務部第1課

T E L 052-241-4138

F A X 052-241-4130

E-Mail chiiki_1@aichi.med.or.jp

申込締切日：令和8年10月23日（金）

※申込者が定員を超える場合は抽選となります