

平成29年度  
 学校安全教室推進事業 心肺蘇生法実技講習会 参加申込み

学校園名	記入者 職名	記入者 氏名	連絡先電話番号

【参加を申し込む教職員】

職名	氏名	備考	優先順位
教諭	〇〇 〇〇		—
養護教諭	△△ △△△		—
			1
			2

記入例 ⇒

- \* 申込みが複数名の場合、優先順位の高い者から順に記してください
- \* セルの書式変更等をしないでください
- \* 申込みは、電子メールまたはFAXにて提出してください

・ 送信先アドレス :	<a href="mailto:OfukeM@mbox.pref.osaka.lg.jp">OfukeM@mbox.pref.osaka.lg.jp</a>
※ ファイル名は「(学校名)_心肺」としてください 例 : 「〇〇高等学校_心肺」、「△△学園_心肺」	
・ 送信先 FAX :	06-6941-4815

- \* 申込み期限 : 平成29年6月22日 (木)