

「こどもの急病対処法」講座申込書

阪神北広域こども急病センター 看護部 行

FAX : 072-770-9915

依頼団体名（ひろば名）:

住所:

TEL:

FAX:

代表者氏名:

開催日時	第1希望 時間	月	日 ()	~	:	第2希望 時間	月	日 ()	~	:
開催場所	住所									
	TEL									
	FAX									
	施設名									
	交通機関	JR・私鉄・バス（最寄り駅、バス会社・行き先、目印になる建物など具体的に記入してください）								
	駐車場の有無	有 ・ 無								
参加予定人数	人									
対象	保護者 ・ 保育士 ・ 保育サポーター ・ その他 ()									
連絡責任 担当者	氏名									
	TEL/FAX									
講座の目的 希望する講座 内容										

【留意事項】

- 原則、開催日の2か月前までに提出してください。
- 申込み多数の場合は、ご希望にそえない場合もありますのでご了承ください。
- 講座の写真撮影、録音、録画は禁止します。
ただし事業所内の報告、記録目的で必要な場合は、申し込み時にご相談ください。

【お問合せ・お申込み】

公益財団法人阪神北広域救急医療財団
 阪神北広域こども急病センター 看護部
 〒664-0015 伊丹市昆陽池2-10
 TEL : 072-770-9901 (平日9時~18時)
 FAX : 072-770-9915
 E-mail jimukyoku@hanshink-kodomoqq.jp
 URL https://www.hanshink-kodomoqq.jp