

心臓病患者家族 AED/心肺蘇生法講習会 受講申込書

心臓病患者さんのご家族のために、AED 使用法を含む心肺蘇生法講習会を開催いたします。下記にご記入いただき、担当医、看護師もしくはリハビリ室受付に手渡すか、リハビリ室の Fax 宛にお送りください。

申込期限：希望日週の水曜日 12 時（例：10/5 であれば 10/2）

下記の日程のうち参加希望日に 1 日だけ○をして下さい。

2019 年 10 月 5 日（土） 10 月 19 日（土） 11 月 30 日（土）
12 月 7 日（土） 12 月 21 日（土）

20120 年 1 月 18 日（土） 2 月 1 日（土） 2 月 29 日（土） 3 月 7 日（土） 3 月 21 日（土）

受付時間 13 時 50 分 開始時間 午前 14:00 分～16 時 00 分予定

講習内容：一次心肺蘇生法（胸骨圧迫のみの心肺蘇生法・AED 使用・緊急時の家庭での対応）

募集人数：6 名 受講料：無料 服装：動きやすい服装と履物

講習会参加希望の方のお名前	1	(ふりがな) 患者との関係 ()	これまでに AED 使用法を含む心肺蘇生法の講習会を受講したことがありますか？（当院講習会以外含む） はい () 年前)・ いいえ
	2	(ふりがな) 患者との関係 ()	これまでに AED 使用法を含む心肺蘇生法の講習会を受講したことがありますか？（当院講習会以外含む） はい () 年前)・ いいえ
	3	(ふりがな) 患者との関係 ()	これまでに AED 使用法を含む心肺蘇生法の講習会を受講したことがありますか？（当院講習会以外含む） はい () 年前)・ いいえ
患者様のお名前 (当院診察券番号)	(当院診察券番号)		
患者様 TEL	(自宅)	(携帯)	
かかりつけ医療機関 ／担当医師	病院 (医院) ／ 医師		
受講者代表ご住所	〒		
受講者代表 TEL	(自宅)	(携帯)	
受講者代表 FAX			
受講者代表 e-mail			
その他、伝達事項			

★本講習会の写真を当院内のホームページに掲載させていただく場合がございます。下記のいずれかを○で囲みご署名をお願い致します。

承諾します・承諾しません 記入日 20 年 月 日 氏名

心臓リハビリテーション室 FAX 042-314-3148