

神奈川県立子ども医療センター 主催

ともだち かぞく しんぱいそせいこうしゅうかい
第12回 友達と家族のための心肺蘇生講習会

Family and Friends CPR+AED

やきゅう おね あ ともだち たあ
野球ボールが胸に当たって、友達が倒れた。

おつぜんいしき
おばあちゃんが突然意識をなくした。どうする？

なに で き
ボク・ワタシに何が出来る？

とき しんぱいそせい れんしゅう
いざという時のために心肺蘇生を練習してみよう！



日 時：平成29年7月29日(土)14時～16時(受付は13時30分から)

場 所：神奈川県立子ども医療センター 本館2階 講堂
横浜市南区六ッ川2-138-4

交通機関：公共交通機関をご利用ください。

対 象：小学生とその家族のチーム、小学生と先生のチームなど30組

申し込み：◆ FAX：参加申込書をFAXしてください。

FAX 番号 045-721-3324

◆ E-mail：参加申込書を添付しメールしてください。

アドレス aed@kcmc.jp

◆ 専用フォーム：当センターホームページ上の専用フォー
ムに入力し、お申し込みください。

※ 参加申込書、専用フォームは、ホームページに掲載して
います。[申込み締め切り：平成29年7月27日(木)]

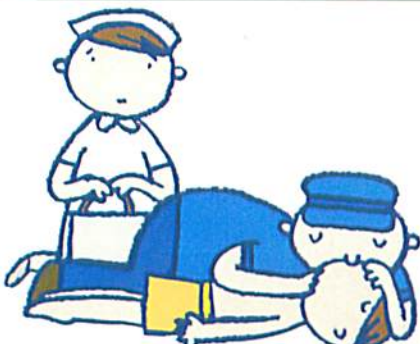
<http://kcmc.kanagawa-pho.jp/seminar/event.html>

そ の 他：当日の保育はございません。

【問い合わせ先】

神奈川県立子ども医療センター 総務課 福島

電話 045-711-2351



主催 神奈川県立子ども医療センター
協力 一般社団法人 横浜ACLS
横浜心肺蘇生普及研究会 等

第12回 友達と家族のための心肺蘇生講習会

参加申込書

平成29年 月 日

代表者氏名 _____

代表者連絡先 _____

(連絡先は当日連絡可能な番号をお願いします)
 (代表者の方も参加される場合は【保護者・その他の参加者】欄への記名をお願いします)

このチームで参加を申し込みます

【小学生の参加者】

参加者氏名	小学校名・学年
フリガナ	() 小学校 () 年生
フリガナ	() 小学校 () 年生

【保護者・その他の参加者】

参加者氏名	参加小学生との関係 (○で囲む)
フリガナ	父 母 兄弟・姉妹 (年齢) 先生 その他 ()
フリガナ	父 母 兄弟・姉妹 (年齢) 先生 その他 ()
フリガナ	父 母 兄弟・姉妹 (年齢) 先生 その他 ()

- ※ 申し込みは、小学生と保護者各1名以上を入れたチームでお願いします。
小学生のみ、または大人のみでの申し込みはできません。
(例) 小学生と大人が入っていれば、その小学生の兄弟・姉妹も一緒に参加できます。
- ※ 参加申込書1枚につき、1チームの参加者氏名等をご記入ください。
ご家族や同じクラス等であっても、チームが異なる場合は、お手数ですが申込書をコピーして別々に申し込みください。
- ※ 進行の都合上、チーム編成は調整させていただく場合がございます。
- ※ 先着申込み順です。定員を超えた場合のみ、ご連絡いたします。

<申込み先> FAX : 045-721-3324 E-mail : aed@kcmc.jp

※ 申込み締切日は平成29年7月27日(木)です。