

仙台オープン病院『オープン出前講座(BLS)』申込書

申込年月日	令和 年 月 日 ()		
医療機関名			
住 所			
院長名			
担 当 者 (連絡先)	氏 名		
	電 話	()	FAX ()
	E-mail		
希 望 日 時	第1希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
	第3希望	令和 年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
希 望 講 座	※希望内容にレをつけてください。 (必須) <input checked="" type="checkbox"/> 心肺蘇生法 <input checked="" type="checkbox"/> AED使用法 (希望時) <input type="checkbox"/> 気道異物除去 <input type="checkbox"/> 気管吸引 <input type="checkbox"/> 体位管理 <input type="checkbox"/> 搬送法		
	※講座開催の参考のため、貴施設に常備しているものにレをつけてください。 <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> バッグバルブマスク		
開 催 場 所	※どちらかに○をつけてください。 貴施設 ・ 仙台オープン病院		
参加予定人数	人		
掲 載 可 否	当院ホームページ・広報誌等への掲載 (顔写真等も含まれます)		可 ・ 不可
備 考	※その他ご質問等がありましたら、お書きください。		

必要事項をご記入のうえ、郵送またはFAXでお申し込みください。

◎お問い合わせ先

仙台オープン病院 総合サポートセンター 地域医療連携室
 〒983-0824 仙台市宮城野区鶴ヶ谷5丁目22番1 仙台オープン病院内
 電話:022-252-5755 FAX:022-252-1126
 E-mail:renkei2@openhp.or.jp