

神奈川県立こども医療センター 主催

ともだち かぞく

しんぱいぞせいこうしゅうかい

第10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。

とつぜん いしき

おばあちゃんが突然意識をなくした。どうする？

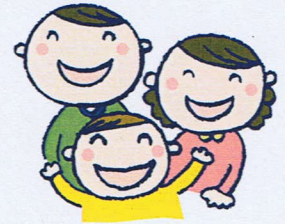
なに で き

ボク・ワタシに何が出来る？

とき

しんぱいぞせい 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28年3月19日(土)14時～16時(受付は13時30分から)

場所：神奈川県立こども医療センター 管理棟地下2階 体育館
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、先生と生徒のチームなど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。

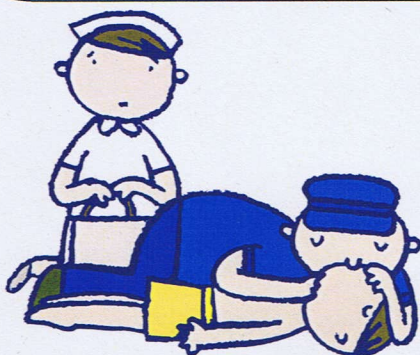
<http://kcmc.kanagawa-pho.jp/seminar/event.html>

その他：当日の保育はございません。

〔問い合わせ先〕

神奈川県立こども医療センター 総務課 中嶋

電話 045-711-2351



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

第10回 友達と家族のための心肺蘇生講習会

参加申込書

平成 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、または大人のためのチーム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ことがあります。
- ※ 先着申し込み順です。定員を超えた場合のみ、ご連絡いたします。

申し込み先 E-mail aed@kcmc.jp
FAX 045-721-3324

※ 申し込み締切日は平成28年3月16日(水)です。