

神奈川県立こども医療センター 主催

第9回 ^{ともだち}友達と^{かぞく}家族のための^{しんぱいそせい}心肺蘇生 ^{こうしゅうかい}講習会
Family and Friends CPR+AED

^{やきゅう}野球ボールが^{むね}胸に当たって、^{ともだち}友達が^{たお}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}ボク・ワタシに何が出来る？

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



日 時：平成27年3月15日(日)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、先生と生徒のチームなど30組(事前申込)

申し込み：裏面の参加申込書にご記入のうえ、FAX・E-mail もしくはホームページの専用フォームに必要事項をご入力 of のうえ、お申し込みください。

申し込み先：FAX(045-721-3324)またはE-mail(aed@kcmc.jp)

そ の 他：当日の保育はございません。

※このチラシと参加申込書、専用フォームは、ホームページに掲載しています。

http://kanagawa-pho.jp/osirase/byouin/kodomo/for_patients/event.html#9thaed



【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・新宅
電話 045-711-2351
FAX 045-721-3324

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9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。

※ チームごとに1枚で申し込みください。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27年3月11日(水)です。