

(様式1)

入 会 願

健康スポーツ関連施設連絡協議会長 様

貴協議会の趣旨に賛同し入会いたします。

年 月 日

所在地

法人名

代表者名 印

施設名称			
施設代表者	役職	氏名	
事務担当者	役職	氏名	
施設所在地 (〒 -)		
連絡先等	電 話		
	FAX		
	E-メール		
	ホームページ		
施設内容 事業内容			

(様式1-2)

変 更 届

健康スポーツ関連施設連絡協議会長 様

届出の事項について変更が生じたので申し出ます。

年 月 日

所在地

法人名

代表者名 印

※ 変更箇所のみ記入ください。

施設名称			
施設代表者	役職	氏名	
事務担当者	役職	氏名	
施設所在地 (〒 -)		
連絡先等	電 話		
	FAX		
	E-メール		
	ホームページ		
施設内容 事業内容			

(様式1-3)

個人会員入会願

健康スポーツ関連施設連絡協議会長 様

貴協議会の趣旨に賛同し入会いたします。

年 月 日

氏名(ふりがな)	
住所	(〒 -)
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
保有資格等	
所属(勤務先)	
ホームページ掲載の可否	可・否
(振込領収書コピー貼付欄)	

(様式2)

退 会 届

健康スポーツ関連施設連絡協議会長 様

都合により退会いたします。

年 月 日

所在地

法人名

代表者名印

(様式2-2)

個人会員退会届

健康スポーツ関連施設連絡協議会長 様

都合により退会いたします。

年 月 日

住 所

会員番号

氏 名 印

(様式 3)

賛助会員入会願

健康スポーツ関連施設連絡協議会長 様

貴協議会の趣旨に賛同し賛助会員に入会いたします。

年 月 日

所在地

法人名

代表者名印

事務担当者 職氏名	所属
	職名 氏名
所在地	(〒 -)
電 話	
F A X	
ホームページ	
メールアドレス	
加 入 口 数	口

(様式5)

	兵庫県医師会認定 AED インストラクター	認定登録・登録更新 申請書
	兵庫県医師会認定 AED ライフサポートインストラクター	
	脊椎ストレッチウォーキング公認指導員()級	
フリガナ 氏名	() ④	顔写真貼付 たて 2.8~3.3cm よこ 2.3~2.8cm
生年月日・性別	年 月 日生(男・女)	
現住所 (連絡先電話番号) (メールアドレス)(〒.....)(.....).....	
講習修了日	年 月 日	
職業・職種		
勤務先(所属施設)		
勤務先住所 電話番号(〒.....) (.....).....	

※講習会修了証の写しを添付してください。

※以下の項目に○をご記入下さい。

当協議会のホームページその他必要な場面で氏名と所属名を公開、掲載しても良い。

同意する	同意しない
------	-------

無記入の方は「1. 同意しない・2. 承諾しない」ものとして処理させていただきますのでご了承下さい。

※(事務局処理欄)以下は記入しないでください。

登録番号(第 号) 認定年月日; 年 月 日
有効期限; 年末

(様式 6)

健康スポーツ関連施設連絡協議会会長 様

主催施設.....

代表者名.....印

AED を使用した心肺蘇生法「市民対象講習会」実施計画書(申請)

開催日	年 月 日()		
開催場所			
定員	名	担当者氏名	
共催団体 後援団体	.....	
指導者名 5名以上の場合は 用紙をコピーして 指導者名欄のみを 記載して添付する	1	氏名	.....
		認定登録番号	.....
		所属施設	.....
	2	氏名	.....
		認定登録番号	.....
		所属施設	.....
	3	氏名	.....
		認定登録番号	.....
		所属施設	.....
	4	氏名	.....
		認定登録番号	.....
		所属施設	.....
受講料 いずれかに○をつける	● 徴収しない ● 徴収する (ひとり 円)		

※別にチラシ等があれば添付すること。

上記申請のとおり承認する。

年 月 日

健康スポーツ関連施設連絡協議会
会長 河村 剛史

(様式 7)

健康スポーツ関連施設連絡協議会会長 様

主催施設.....

代表者名.....印

AED を使用した心肺蘇生法「市民対象講習会」実施報告書

開催日	年 月 日()		
開催場所			
受講者数	名		
共催団体 後援団体	.....	
指導者名 5名以上の場合は 用紙をコピーして 指導者名欄のみを 記載して添付する	1	氏 名	.....
		認定登録番号	.....
		所属施設	.....
	2	氏 名	.....
		認定登録番号	.....
		所属施設	.....
	3	氏 名	.....
		認定登録番号	.....
		所属施設	.....
	4	氏 名	.....
		認定登録番号	.....
		所属施設	.....
受講料 いずれかに○をつける	● 徴収しなかった ● 徴収した(ひとり 円、合計 円)		
主催者の所感ほか報告したいこと;			

※ 別にチラシ等があれば添付すること。

(様式 8)

健康スポーツ関連施設連絡協議会会長 様

主催施設.....

代表者名.....印

AED を使用した心肺蘇生法「施設等職員対象講習会」実施計画書(申請)

開催日	年 月 日()		
開催場所			
定員	名	担当者氏名	
共催団体 後援団体			
指導者名 5名以上の場合は 用紙をコピーして 指導者名欄のみを 記載して添付する	1	氏名	
		認定登録番号	
		所属施設	
	2	氏名	
		認定登録番号	
		所属施設	
	3	氏名	
		認定登録番号	
		所属施設	
	4	氏名	
		認定登録番号	
		所属施設	
受講料 いずれかに○をつける	<ul style="list-style-type: none">● ひとり 円● 講師派遣料(合計 円)● 施設内研修のため徴収しない		

※別にチラシ等があれば添付すること。

上記申請のとおり承認する。

年 月 日

健康スポーツ関連施設連絡協議会

会長 河村 剛史

(様式 9)

健康スポーツ関連施設連絡協議会会長 様

主催施設.....

代表者名.....印

AED を使用した心肺蘇生法「施設等職員対象講習会」実施報告書

開催日	年 月 日()		
開催場所			
受講者数	名		
共催団体 後援団体			
指導者名 5名以上の場合は 用紙をコピーして 指導者名欄のみを 記載して添付する	1	氏 名	
		認定登録番号	
		所属施設	
	2	氏 名	
		認定登録番号	
		所属施設	
	3	氏 名	
		認定登録番号	
		所属施設	
	4	氏 名	
		認定登録番号	
		所属施設	
受講料 いずれかに○をつける	<ul style="list-style-type: none">● ひとり 円(合計 円)● 講師派遣料(合計 円)● 施設内研修のため徴収しなかった		
主催者の所感ほか報告したいこと;			

別にチラシ等があれば添付すること。

(様式 10)

AED を使用した心肺蘇生法「施設等職員対象講習会」修了書交付者名簿

(管理施設;)

交付番号	氏名	所属	交付日	備考
-1				
-2				
-3				
-4				
-5				
-6				
-7				
-8				
-9				
-10				
-11				
-12				
-13				
-14				
-15				
-16				
-17				
-18				
-19				
-20				

1) 1 ページに 20 名を記載すること。

2) 交付番号は、管理施設の記号と1からの通し番号の組合せで記載する。