

柏崎市 自主防災組織等育成事業 申込書

年 月 日		
(柏崎市防災・原子力課)		
特定非営利活動法人 地域活動サポートセンター柏崎 様		
(申込者) 氏		
住所：柏崎市		
団体名：		
代表者：		
受講団体情報	担当者	
	連絡先	
講習希望日時	年 月 日 () 午前 午後 時 分から 午前 午後 時 分まで	
講習 開催会場	会場：	
	住所：	
受講(予定) 人数	人	
希望講習 メニュー		

- ※ 講習を行う 1 か月前 (AED 取扱い、心肺蘇生の手順は 3 か月前) を目途にご提出ください。
- ※ 講習会場は申込者で手配をお願いします。
- ※ 講習実施日が重複した場合は、先着順となります。

< 申込窓口 >

特定非営利活動法人

地域活動サポートセンター柏崎

TEL : 0257-47-7229 FAX : 0257-47-7744

E-mail : tsc-ks2@kisnet.or.jp