

# 救命講習実施計画書

令和6年 10月 15日

福岡市消防局長

氏名 ○○ ○○

下記のとおり、救命講習を計画したので報告します。

<input type="checkbox"/> 該当部分にチェックをいれてください		記				
講習の種類	<input type="checkbox"/> 救命入門コース <input checked="" type="checkbox"/> 普通					
実施日時	11月9日 13時0分～10時0分					
	月	日	時	分	時	
受講団体名	福岡市消防局					
実施場所	福岡市 中央 区 舞鶴 3 丁目 9 番 7 号					
受講者	新規（修了証再交付含む） 5名 再講習 5名					
修了証等 受取日	① 11月8日 13時30分 ごろ来庁 ※ 平日9時から17時まで					
内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 応急手当の重要性 10分 <input checked="" type="checkbox"/> 心肺蘇生法 <input type="checkbox"/> 該当部分にチェックをいれてください <input checked="" type="checkbox"/> AEDの使用法 165分 <input checked="" type="checkbox"/> 異物除去法 <input checked="" type="checkbox"/> 止血法 <input checked="" type="checkbox"/> 予防救急・その他 5分					合計時間 180分
使用資器材	<input checked="" type="checkbox"/> 蘇生訓練用人形 2式 <input type="checkbox"/> 個人用訓練教材 式 <input checked="" type="checkbox"/> AEDトレーナー 2式 <input checked="" type="checkbox"/> 気道異物除去訓練人形 <input type="checkbox"/> 該当部分にチェックをいれてください <input type="checkbox"/> 応急手当講習DVD					
※資器材については別途手配が必要です。						
指導者	氏名	○○ ○○	資格名	応急手当普及員	認定証番号	0000
	氏名		資格名		認定証番号	
	氏名		資格名		認定証番号	
代表者氏名 連絡先	○○ ○○ (000-0000-0000)					