



## ITLS 参加確認書

受講日： 年 月 日～ 月 日（開催地： ）

受講コース： **BASIC・ADVANCED・PEDIATRIC・INSTRUCTOR・ACCESS**

氏名（漢字）：

ローマ字：

生年月日： 19 年 月 日生

連絡先： 〒 ー

自宅住所：

TEL：

E-mail\*：

\*インストラクターコースの場合はメーリングリストへ登録させていただきます。  
メーリングリストはインストラクターの情報交換やインストラクター募集などを行っており、  
重要な情報伝達ツールとなっていますが、あくまでも登録は任意ですので、不要の方は記載しないでください。

勤務先：

職 種： 医師・救急救命士・救急隊員・救助隊員・消防職員・看護師・その他

※ 御手数ですが、すべての項目をご記入の上、**必ず当日**会場にご持参ください。

※ この情報は、ITLS のプライバシーポリシーに従って管理させていただきます。