

令和7年度 救急蘇生（初級コース）研修会

施設名		
フリガナ		
氏名		
経験年数	年	
性別		
BLS 認知度	有	無
BLS 経験	有	無
AED 認知度	有	無
AED 使用	有	無
気管挿管の 介助経験	有	無

※グループ分けに利用しますので、お手数ですが参加申し込み時に FAX をお願い致します（自施設にて、必要部数コピーをお願い致します）。

連絡先：広島県看護協会 三原・尾道支部

電話・FAX 番号：0848－64－1616