企业（单位）授证急救培训反馈表

注：请仔细阅读本申请书《填写说明》，*为必填项，请按要求填写及勾选。

基本信息			
*企业（单位）名称			
*企业（单位）地址			
规模（员工数量）			
*公司主要业务领域			
*联系电话		邮箱	
培训方案咨询			
*企业（单位）有人员接受过急救培训吗？	有☐ 无☐	*企业（单位）有急救持证人员的需求吗？	有☐ 无☐
*企业（单位）每年有定期组织急救培训的需求吗？		有☐　　无☐	
*授证急救培训	☐ 中国医学救援协会 CPR.D 急救培训课程 ☐ 美国心脏协会 AHA 急救培训-拯救心脏（Heartsaver 培训） ☐ 应急救援员考证（五级）		
*您希望参加哪种类型的培训	☐ 上门培训 ☐ 培训基地参加培训		
*企业（单位）是否有急救培训器材	有☐ 无☐	*企业（单位）是否有急救设备 如：AED	有☐ 无☐
*企业（单位）计划安排多少人参加急救培训考证		☐ 无　☐ 1-5 人 ☐ 5-10 人　☐ 10-20 人 ☐ 20 人以上	
企业（单位）需要在几月份完成急救培训授证		_____ 月	
报名方式			
服务热线：400-9620-331 手机/微信：136-8618-3913 报名公众号		其他建议： （确认盖章）： 日期：	

应急科普人
FIRST AID KNOWLEDGE SHARER