


团体急救培训演练反馈表

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 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	*企业（单位）有急救持证人员的需求吗？	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
*企业（单位）每年有定期组织急救培训的需求吗？	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
*急救培训演练内容	<input type="checkbox"/> 成人 CPR+AED <input type="checkbox"/> 儿童 CPR+AED <input type="checkbox"/> 外科急症与内科急症 <input type="checkbox"/> 消防预防与逃生 <input type="checkbox"/> 水域安全预防与急救 <input type="checkbox"/> 其它_____		
*您希望参加哪种类型的培训	<input type="checkbox"/> 上门培训 <input type="checkbox"/> 到培训基地参加培训 <input type="checkbox"/> 线上培训（视频）		
*企业（单位）是否有急救培训器材	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	*企业（单位）是否有急救设备，如：AED	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
*企业（单位）有多少人参加培训	<input type="checkbox"/> 1-5 人 <input type="checkbox"/> 5-10 人 <input type="checkbox"/> 10-20 人 <input type="checkbox"/> 20 人以上 <input type="checkbox"/> 50 人以上		
*企业（单位）计划安排多少人参加急救培训考证	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1-5 人 <input type="checkbox"/> 5-10 人 <input type="checkbox"/> 10-20 人 <input type="checkbox"/> 20 人以上		
您对急救培训内容的特定要求或期望			
*您为此培训演练设定的预算范围是多少	_____ 元		
您希望此培训演练在何时开始，何时结束			
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：	

