

# 中華民國紅十字會台灣省花蓮縣支會 函

本會立案機關及字號：花蓮縣政府 83 年 8 月 31 日  
府社行字第 92006 號

地址：花蓮市文苑路 12 號

電話：03-8224386

傳真：03-8236258

連絡人：林唯穎

e-mail：redcross.hualien@msa.hinet.net

受文者：花蓮縣政府教育處

發文日期：中華民國 102 年 07 月 31 日

發文字號：花紅支字第 102120 號

速 別：

密等及解密條件：

附 件：

主 旨：本會辦理「102 年度駕駛人員急救天使訓練計畫」，懇請轉知  
貴轄各相關機關暨單位，惠請協助辦理。

說 明：

- 一、依據交字第 10200180171 號函辦理。
- 二、訓練時間：102 年 8 月 25 日 08:00 至 12:00
- 三、訓練地點：花蓮縣社會福利館三樓
- 四、附急救天使訓練班簡章、課表、報名表各乙份

正 本：花蓮縣政府教育處、花蓮縣道路交通安全聯席會報

副 本：

# 會長傅崐萁

# 中華民國紅十字會台灣省花蓮縣支會

## 急救天使訓練班簡章

### 一、訓練目的：

推廣全民學習心肺復甦術，減少事故傷害率，增進民眾急救知識及技能

### 二、訓練說明：

上課 2 小時，技術練習測驗 2 小時；共計 4 小時。如欲開設專班單位請提供租借場地。

### 三、費用：

教育訓練、器材及維修費用，每人收費 300 元。

### 四、本會提供器材：

1.簡易安妮 2.心肺復甦術（CPR）簡易單章  
3.合格證書（紅十字會研習證書） 4.酒精棉球、CPR 用面膜

### 五、辦理方式：

1.上課內容：CPR+AED，急救概述

開課日期：民國 102 年 8 月 25 日 08:00-12:00，四小時

上課地點：花蓮縣社會福利館(花蓮市文苑路 12 號)

2.受訓單位學員滿達 20 人亦可彈性依各團體之需求至指定地點上課。

3. 如欲開設專班請開班前一週請聯絡本會，同時繳交學員基本資。

4.依本會制式表格詳填學員名單，最遲於開班前五個工作天寄 E-MAIL 至本會承辦人，以利呈送開班申請至總會。

5.受訓學員須繳交 2 張 1 吋照片，以利證書製作。

6.證書上 4 小時 CPR+AED 急救訓練其有效期限 3 年。

聯絡人：林唯穎教練 E-mail:redcross.hualien@msa.hinet.net

電話：03-8224386 傳真：03-8236258

會址：花蓮市文苑路 12 號



中華民國紅十字會台灣省花蓮縣支會  
劃撥帳號：00606558  
970 花蓮市文苑路 12 號  
TEL：03-8224386 FAX：03-8236258

## 中華民國紅十字會台灣省花蓮縣支會 4 小時 CPR+AED 訓練課程表

開班日期：102 年 08 月 25 日(星期六)

課程	講師	時數	上課日期
急救概述	教練	0.5	08：00~08：30
心肺復甦術	教練	1	08：30~09：30
練習及測驗	教練團	1.5	09：40~12：00

備註：

1. 開班前請繳交報名費\$300 並填妥個人報名表，於開班前交齊，俾便辦理證書等事宜。
2. 上課地點：花蓮市文苑路 12 號三樓
3. 紅十字會花蓮縣支會聯絡電話：☎(03)8224386 ☎0955236669  
☎(03)8236258 ☎970 花蓮市文苑路 12 號。聯絡人：林唯穎先生。

有苦難的地方就有紅十字會 有紅十字會的地方就有希望

中華民國紅十字會台灣省花蓮縣支會 急救員訓練班 個人報名表

紅十字會填寫

報名班別	駕駛人急救天使訓練班	受訓時數	16小時
開訓日期	102年08月25日	受訓地點	花蓮縣社會福利館3F
結訓日期	102年08月25日	所屬會別	花蓮縣支會

報名 人填寫 ( 務必請詳實填寫 , 俾使輸入電腦 )

*身份證字號			
*中文姓名			
*英文姓名 (與護照相同)			
*出生日期 (yy/mm/dd)		學歷	1. <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 無
			2. 校名 : _____ 科系 : _____
服務單位		*性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
公司電話		職業類別	<input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 無
住宅電話		電子郵件	
行動電話			
地 址	永久住址 : _____ *通訊地址 : <input type="checkbox"/> 同上		
*	本人 _____ 同意以上資料提供報名使用		
備註 (浮貼)	1. 請浮貼 1吋半身相片 2張 2. *標記為必填項目 3. 報名表請於上課前一天送回紅十字會, 以便電腦作業 4. 請自行影印所需數量 5. 英文姓名請務必填寫, 參照護照英文姓名以便發證 6. 個人資料本支會負保密責任, 不外洩 7. 個人訓練費用\$300元整 8. 網路報名 E-mail : redcross.huailien@msa.hinet.net		相片浮貼