# International Training

## 教 练 升 级 表 格

**说明:** *建议电子版填写，如需打印填写，请扫描寄发给办公室。*

**Method of Payment**

❑ AMEX ❑ MasterCard ❑ Visa ❑ Check ◉ Money Order

Make Checks Payable to International Training

Card #:_____ Exp. Date:_____/_____
月 / 年

Signature:_____ Date:_____/_____/_____
日 / 月 / 年

**证书和卡片直接寄给教练或潜店/服务提供者。**

认证费用:*参照现行价格表

**请选择以下类别**

☐ 成人、儿童及婴儿急救
☐ 儿童及婴儿急救
☐ 工作场所CPR/AED
☐ 血源性病原体
☐ 紧急吸氧操作

| | |
|---|---|
| 姓名:<br>**SDITDIERDI#:** | _____<br>_____ |
| 有效邮寄地址 请具体到街道、邮编: | _____<br>_____ |
| 电话号码: | _____ |
| 邮箱地址: | _____ |

**参加教练课程:**

确保填写此表时已完成FRTI教练培训课程

**教练要求:**

本人同意遵守国际急救培训所提供的国际急救培训课程标准及大纲。

教学地点: _____ 课程完成日期: _____/_____/_____
日 / 月 / 年

教官签名: _____ 教官编号: _____ 日期 _____/_____/_____
日 / 月 / 年

候选人签名: _____ 日期: _____/_____/_____
日 / 月 / 年



*International Training, 1321 SE Decker Ave., Stuart, FL 34994 USA · Toll Free (888) 778-9073 Fax (877) 436-7096*
*wearefrti.com*