

患者等搬送乗務員適任証講習受講申請書

平成 年 月 日

男鹿地区消防本部
消防長

様

(申請者) 所在地

事業所名

代表者氏名

電話

区 分	1 患者等搬送事業乗務員講習 (ストレッチャー及び車椅子) 2 患者等搬送事業乗務員講習 (車椅子専用) 3 患者等搬送事業乗務員再講習	
受 講 者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生
	本籍 (都道府県名のみ)	
	住所 電話	
勤 務 先	名称	
	所在地 電話	
※ 受 付 欄		※ 経 過 欄

(注意) 「区分」の欄は、該当講習を○で囲んでください。

申請前6か月以内に撮影した正面、無帽、無背景、上三分身像の写真(縦4cm、横3cm)

1枚を添付してください(裏に氏名を記入のこと)。

※の欄は、記入しないでください。

(A4)