

様式第19号（第17条関係）

患者等搬送乗務員講習受講申込書

		年 月 日			
御殿場市・小山町広域行政組合					
消 防 長 様					
		申込者 住 所			
		氏 名			
		電話番号 ー			
受 講 者	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女	
	住 所	〒 電話 ()			
講 習 内 容	種 別	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員講習 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員講習（車椅子専用） <input type="checkbox"/> 補充講習 <input type="checkbox"/> 定期講習			
	日 時	年 月 日 時 分から			
勤 務 先	名 称				
	所 在 地				
※ 受 付 欄		※ 特 記 事 項			

備考

- 1 写真は、受講前3月以内に撮影した正面上半身像（横25ミリメートル×縦30ミリメートル）のものを添付すること。定期講習の場合は、写真の添付の必要はありません。
- 2 補充講習を受講する場合は、日本赤十字社の救急員認定証等の写しを提出すること。
- 3 該当する口に、レ点を付けること。
- 4 ※印には記入しないこと。