

上越地域消防本部消防防災課  
救急室 宛

(Fax 025-525-1191)

事業所名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_  
F A X \_\_\_\_\_  
担当課 (係) \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

応急手当普及員再講習(資格継続)参加申込書

受講者名

フリガナ 氏 名	郵便番号 住 所	連絡先電話番号	受講希望日	備 考
	〒		第1希望 月 日 第2希望 月 日	応急手当普及員 第 号
	〒		第1希望 月 日 第2希望 月 日	応急手当普及員 第 号
	〒		第1希望 月 日 第2希望 月 日	応急手当普及員 第 号

※ 講習受講に関する個人情報は、修了証発行及び登録管理のみに利用させていただきます。  
事業所からの参加申込書提出 (FAX可) で受付とさせていただきます。  
定員等により日程調整の連絡をさせていただく場合があります。