

上越地域消防局消防防災課
救急係 宛

(FAX 025-545-0231)

応急手当普及員講習 I の参加申込書

事業所名

〒 _____

住 所

電 話

F A X

担当課(係)

担当者名

受講希望者名

| フリガナ 氏 名 | 性別 | 郵便番号 住 所 | 生年月日 | 電話番号 |
|-------------|----|-------------|-------|------|
| | 〒 | | S H | |
| | | | 年 月 日 | |
| | 〒 | | S H | |
| | | | 年 月 日 | |
| | 〒 | | S H | |
| | | | 年 月 日 | |
| | 〒 | | S H | |
| | | | 年 月 日 | |

※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。