

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。