患者等搬送乗務員基礎講習申込書

宇部・山陽小野田消防局　警防課救急係　宛て

事業所名：

所在地：

御担当者名：

電話番号：

　　　メールアドレス：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | （フリガナ）  氏　　名 | 生年月日（和暦） | 受講日（和暦）  ※講習の初日を記入 |
| １ |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ２ |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ３ |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ４ |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| ５ |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

お申し込みは宇部・山陽小野田消防局　警防課救急係にＦＡＸまたはメールにてお願いします。

宇部・山陽小野田消防局

警防課救急係

Tell：0836-21-6113

FAX：0836-31-0119

Mail：keibou@ube-sansho119.jp