

患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）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：_____

御連絡先：_____

No.	(フリガナ) 氏 名	生年月日 (和暦)
1		年 月 日
2		年 月 日
3		年 月 日
4		年 月 日
5		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