

応急手当普及員養成講習会受講申込書

年 月 日			
有明広域行政事務組合 消防本部 消 防 長 様			
受講者氏名	(ふりがな)	性別	生年月日
		男 女	昭和 平成 年 月 日
住 所 (自宅)	〒  (TEL) (FAX)		
勤 務 先	所在地 〒		
	名 称  メールアドレス (TEL) (FAX)		
講習受講日	令和6年8月7日(水)から8月9日(金)		
備 考	応急手当指導者標準テキストの購入について、いずれかに○印を 付してください。 ( 要 ・ 否 )		

- ※ 受講者多数の場合は、調整いたしますのでご了承ください。
- ※ FAXの場合、送信票等は必要ありません。
- ※ メールアドレスは必ず記載してください。