

患者等搬送乗務員適任証講習受講申請書

令和 年 月 日

男鹿潟上消防本部
消防長 杉 本 正 人 様

(申請者) 所在地
事業所名
代表者氏名
電話

区 分	1 患者等搬送事業乗務員講習 (ストレッチャー及び車椅子) 2 患者等搬送事業乗務員講習 (車椅子専用) 3 患者等搬送事業乗務員再講習
受 講 者	ふりがな
	氏名
	生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日生
	本籍 (都道府県名のみ)
	住所 電話
勤 務 先	名称
	所在地 電話
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄

(注意) 「区分」の欄は、該当講習を○で囲んでください。
申請前6か月以内に撮影した正面、無帽、無背景、上三分身像の写真(縦4cm、横3cm)
1枚を添付してください(裏に氏名を記入のこと)。
※の欄は、記入しないでください。