

講 習 受 講 申 請 書

年 月 日	
日光市消防長 様	
申請者氏名	
(自署)	
患者等搬送乗務員講習について下記のとおり申請します。	
講習区分 (□に✓して ください)	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用） <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員定期講習
交付番号	第 号
交付日	年 月 日
写真 縦4cm×横3cm	ふりがな 氏 名
	年 月 日生
住 所	〒 ー
電 話	電話 ()
勤 務 先	名 称
	所 在 地
	電 話
電話 ()	
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄

- 1 写真2枚（申請日の6ヶ月以内に撮影した、上半身像[縦4cm×横3cm、無帽、無背景]とし、裏面に氏名及び年齢を記入したもの）を添付してください。
- 2 患者等搬送乗務員定期講習に写真は必要ありません。
- 3 患者等搬送乗務員定期講習を受講の方は、患者等搬送乗務員適任証の交付番号、交付年月日を講習区分に記入してください。
- 4 申請書は、日光市消防本部警防課救急係へ提出してください。
- 5 ※印欄は記入しないでください。