|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  （申請先）  　佐久広域連合消防本部  消　防　長　　　　様  申請者  住　所  氏　名  下記により適任証の交付を申請いたします。  記 | | | |
| 事業所名 | |  | |
| 所在地 | | 電話　　　　（　　） | |
| 講習種別 | | □　患者等搬送乗務員基礎講習  □　患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用） | |
| 講習修了年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
|  | | | 写　　　真 |
| ※　受　　付 |  | | |

１　写真は１月以内に撮影した正面上半身像（３㎝×４㎝）のもので、その裏面に撮影

年月日、氏名及び年齢を記入したものを添えて申請すること。

２　※欄には記入しないこと。