|  |
| --- |
| 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。