|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （申請先）  　佐久広域連合消防本部  消　防　長　　　　様  申請者  氏　名 | | | |
| 区分 | | □　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）  □　定期講習  □　補完講習 | |
| 氏名 | | 年　　月　　日生 | |
| 住所 | |  | |
| 本籍地 | |  | |
| 勤務先 | 名称 |  | |
| 所在地 | 電話　　　　（　　） | |
| ※　　受　　付　　欄 | | | ※　　経　　過　　欄 |
|  | | |  |

注　１　乗務員定期講習の場合は、写真添付の必要はありません。

２　写真は、受講申請前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、氏名及び年齢を記載したものを添付すること。

３　※欄には記入しないこと。