

患者等搬送乗務員講習受講申請書			
			平成 年 月 日
石巻地区広域行政事務組合			
消防長		様	
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	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習		交付番号
	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）		第 号
	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員定期講習		交付日
		平成 年 月 日	
写真 4×3cm (のりづけ)	ふりがな 氏名	年 月 日生	
	住所	〒 ー	
	電話	電話 ()	
	本籍		
勤務先	名称		
	所在	〒 ー	
	電話	電話 ()	
受講日	平成 年 月 日		
* 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、裏面に氏名を記入したもの）、1枚は申請書にのりづけ、他の1枚は添付してください。
- 2 患者等搬送乗務員再講習に写真は必要ありません。
- 3 患者等搬送乗務員再講習を受講の方は、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、石巻地区広域行政事務組合消防本部警防課へ提出してください。
- 5 * 印欄は記入しないでください。