

患者等搬送乗務員講習受講申請書

年 月 日	
稲城市消防本部 消 防 長 殿	
講 習 区 分	該当する区分の□に☑印を付すること。
	<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"/> 患者等搬送乗務員再講習
	のりづけ 写真 4 cm × 3 cm 貼 付
ふりがな 氏 名	年 月 日生
住 所 電 話	〒 — 電 話 ()
勤 務 先	名 称
住 所 電 話	〒 — 電 話 ()
※ 受 付 欄	
※ 経 過 欄	

- 1 再講習の申請では、写真は必要ありません。
- 2 写真は申請日の6ヶ月以内に撮影した正面上半身像（縦4cm、横3cm）、無帽、無背景のものをのりづけして下さい。
- 3 ※印欄は記入しないで下さい。