

「患者等搬送事業」乗務員講習受講申請書

佐賀広域消防局 局長		様		令和2年 月 日	
				事業所名 代表者氏名 (印)	
講習種別		患者等搬送乗務員講習			
のりつけ		ふりがな			
写真 3cm×4cm		氏名			
		住所			
		本籍			
		生年月日			
勤務先	名称				
	所在電話番号				
※ 受 付			※ 経 過 欄		

(注) 1、写真は、受講申請前6ヶ月以内に撮影した正面上半身像(3cm×4cm)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貼付すること。

2、本籍は都道府県名のみ記入すること。

3、※印欄は記入しないこと。

※プライバシーは厳守いたします。いただいた情報は申請に係る事務処理以外の目的に利用することはありません。