|  |
| --- |
| **患者等搬送乗務員講習受講申請書**　　年　　月　　日　　 菰野町消防長　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 | □患者等搬送乗務員適任者講習□患者等搬送乗務員適任者講習（車椅子専用）□患者等搬送乗務員定期講習 | 交付番号 | 第　　　　　号 |
| 交付日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 写真４×３㎝（のりづけ） | ふりがな氏　　名 | 年　　月　　日生 |
| 住　　所電　　話 | 〒　　　　－電話　　　　（　　　） |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 所在電話 | 〒　　　　－電話　　　　（　　　） |
| 希望受講日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| ＊　受付欄 | ＊　経過欄 |

１　写真２枚（申請日の６か月以内に撮影した、上半身像（縦４㎝×横３㎝、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、残りの１枚は添付してください。

２　患者等搬送乗務員定期講習に写真は必要ありません。

３　患者等搬送乗務員定期講習を受講の方は、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、菰野町消防署へ提出してください。

５　＊　印欄は記入しないでください。