様式第３号

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日　（宛先）さいたま市消防局長　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 |
| ふ　り　が　な氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 講習種別 | □　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（車椅子用）□　患者等搬送乗務員定期講習 |
| 受講日 | 　　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分　　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 勤務先 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ※受付欄 | ※備　考 |

患者等搬送乗務員講習受講申請書

１　患者等搬送乗務員定期講習の場合は、受講日下段の記入は不要です。

　　２　※欄には記入しないでください。