

赤線内を記入してください 応急手当講習受講申請書

		作成日 年 月 日	
(宛先) さいたま市消防局長		申請者 団 体 名 代 表 者 (管理責任者) } 団体等の名称及び代表者名	
講習を受講する日時		年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
実施日時	年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
実施場所	住所	さいたま市	* 応急手当学習室で行う場合 大宮区天沼町1-893 さいたま市防災センター
	名称	実際に講習を行う会場名称と住所	
講習種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通救命講習Ⅰ <input type="checkbox"/> 実技救命講習(普通Ⅰ) <input type="checkbox"/> 普通救命講習Ⅱ <input type="checkbox"/> 実技救命講習(普通Ⅲ) <input type="checkbox"/> 普通救命講習Ⅲ <input type="checkbox"/> 救命入門コース(<input type="checkbox"/> Ⅰ・ <input type="checkbox"/> Ⅱ・ <input type="checkbox"/> Ⅲ) <input type="checkbox"/> 上級救命講習 <input type="checkbox"/> フリープラン講習		受講する講習にチェック
団 体 等	所在地	さいたま市	団体の所在地を記入
	名称	会社、団体名称	
	担当者	講習を担当する方	連絡先 連絡が取れる電話番号
受講者	受講者数 名	受講対象者	講習を受講する対象者例) 従業員、学生等
指導担当	<input type="checkbox"/> 救急課 <input type="checkbox"/> []消防署 <input type="checkbox"/> []出張所 <input type="checkbox"/> []分団		
借用資器材	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心肺蘇生訓練人形(成人 体・小児 体・乳児 体) AEDトレーナー * 記入不要 器材・その他()		
支援の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 救急課 名 <input type="checkbox"/> []消防署・出張所 名 <input type="checkbox"/> []分団 名		
受付欄	備 考		