申込者（代表者）

フリガナ

氏　　名

|  |  |
| --- | --- |
| 実施日時 | 　 　年　　月　　日（　　）午前 午後　　時　　分～　　時　　分 |
| 実施場所 |  町　　　　丁目　　　　番　　　号 |
| 名称（団体名） |  |
| 電話番号 | （　　　　） |
| 責任者（ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |
| 参加人員 | 　　　　　　　　　　　名 |
| その他 |  |
| 受付 | 番号 | 第　　　　　　　　　　号 | ※備考 |
| 年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 担当者 | 印 |

泉大津市消防長　様

1. 実施日時等の変更及び中止時は救急救助係（℡　33－4483）まで事前連絡して下さい。

（２）受付、備考欄は記入しないで下さい。

日

月

年

救命実技講習申込書