

救 急 講 習
救命入門コース

開催申請書

令和 年 月 日

佐野市消防本部
消防署長 様

申請者 TEL

住所

氏名 _____

下記のとおり救急講習を開催しますので貴下職員の指導をいただきたく、申請いたします。

会場	所在地	
	名称	
受講対象者		
担当者		氏名 連絡先
講習内容		1 2 3
日時	第1希望日	年 月 日 時 分～ 時 分
	第2希望日	年 月 日 時 分～ 時 分
講習予定人員		人
過去の受講回数		
過去の受講内容		
その他		

記載要領等

- ※印欄には記入しないで下さい。
- 実習を行いやすい服装で参加するよう、受講者に周知をお願いします。
- 佐野消防署員と連絡を密にし、実施すること。

連絡先 佐野市消防本部 警防課 救急管理係 0283-23-9383