

救 急 講 習
救命入門コース

開催申請書 (応急手当普及員)

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派遣をお願いします。	
学 校 名	電話番号 () -
講 習 場 所 (会場名称)	1 体育館 2 その他 ()
講 習 日 時	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
受 講 人 数	生徒 人・職員 人・保護者 人 合計 人
担 当 普 及 員	応急手当普及員氏名 認定証番号 ① 第 号 ② 第 号 ③ 第 号
講 習 内 容	1 2 3
受 付 欄	経 過 欄
※	※

記載要領等

- 1 ※印欄には記入しないで下さい。
- 2 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。
- 3 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