

救命入門コース 開催申請書

令和 年 月 日	
佐野市消防本部 消防長 様	
申請者 住所 Tel 氏名	
申請団体	
講習会場	住所： 名称： ((株) ○○ 会議室、食堂など)
受講日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
受講対象者・人数	() 人
担当者	氏名 連絡先 () ー
講習内容	1 2 3
過去の受講回数及び内容	
その他	

【ご案内】

- 1 事前に消防本部警防課と日程調整等を実施するようお願いいたします。
- 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 修了後、「救命入門コース参加証」をお渡しします。

佐野市消防本部 警防課 救急管理係	Tel. 0 2 8 3 - 2 3 - 9 3 8 3
	Fax. 0 2 8 3 - 2 2 - 4 4 4 1