

受付番号

応急手当普及講習（救命入門コース）受講申込書

年 月 日

佐世保市 消防署長 様

佐世保市 消防署長が実施する応急手当普通救命講習を受講したいので申しこみます。

受 講 者	ふりがな 氏名
	生年月日
	住所
	連絡先 T E L () -

（団体で受講される場合は、代表者が下記も記入して下さい。）

受講団体名称

受講人数 名

※ 団体の受講の場合は、様式第1号の4を添付すること。