

第14号様式（第17条関係）

- ☐ 患者等搬送乗務員資格取得講習
☐ 患者等搬送乗務員資格取得講習（車椅子専用）
☐ 患者等搬送乗務員定期講習
☐ 患者等搬送乗務員資格取得補充講習

受講申込書

※受講番号	※修了番号

(宛先) 京 都 市 消 防 局 長		年 月 日	
現 住 所	郵便番号 —		
フリガナ		電話番号	
氏 名		生年月日	年 月 日

.....（切り取らないこと。）.....

- ☐ 患者等搬送乗務員資格取得講習
☐ 患者等搬送乗務員資格取得講習（車椅子専用）
☐ 患者等搬送乗務員定期講習
☐ 患者等搬送乗務員資格取得補充講習

受講申込書

写真貼付 3cm×4cm 申込日の3箇月以 内に撮影したもの。	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
※ 受 講 日	年 月 日から 年 月 日まで		
※ 講 習 会 場			
※ 受 験 番 号		※ 修 了 番 号	

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。