

第 2 0 号様式（第 1 8 条関係）

特 例 認 定 者 申 請 書

(宛先) 京 都 市 消 防 局 長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名
	電話 ー

次のとおり患者等搬送乗務員適任証の交付を申請します。		
写真貼付 3 c m × 4 c m 申請日の 3 箇月以 内に撮影したもの。	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
特 例 資 格		
備 考		

注 患者等搬送乗務員資格取得講習と同等以上と認められる資格を証明するものを添付すること。