

(FAX : 0 1 7 8 - 4 6 - 1 1 7 1)

宛先 八戸地域広域市町村圏事務組合消防本部
指令救急課 担当 行

応急手当普及員講習受講申込書

受講希望者氏名 (ふりがな)	
生年月日	
性 別	
自宅住所	〒
連絡先電話番号	
事業所名	
事業所所在地	〒
事業所電話番号	
職業 (役職)	
テキスト購入	

※個人情報については、目的以外に使用することはありません。

※テキスト購入欄は未記載とせず、注文する方は「注文」、持参する方は「不要」と記載してください。

※メールで申込みする場合は、件名に「応急手当普及員講習申込み」と入力してください。
また本文には上記申込書に記載されている各項目を入力し送信しても構いません。

担当：指令救急課

電話：0 1 7 8 - 4 4 - 2 1 3 5

FAX：0 1 7 8 - 4 6 - 1 1 7 1

Mail：kyumeikoshu@hachinohe119.jp