**応急手当普及員　講習受講申込書**

（受付期間：５月１日から７月３１日まで）

**希望月　　月**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| 所在地 |  |

**《受講者》**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 | 生年月日 | 住　　所 | 電話番号 |
|  | 昭和・平成 | 〒 |  |
|  | 昭和・平成 | 〒 |  |
|  | 昭和・平成 | 〒 |  |

《１団体につき３名までの申し込みとさせていただきますが、定員の都合により調整させていただく場合があります。その際は、８月初旬までにご担当者様へご連絡いたします。》