

別 紙 2

(FAX 53-4302 送付文不要)

(Mail 119.keibo-kyu@city.murakami.lg.jp)

令和8年 月 日

村 上 市 消 防 長 宛

応急手当普及員再講習参加申込書

下記に必要事項を記入してください。受講しない場合も提出をお願いします。

受 講 の 有 無	受講します ・ 受講しません
受 講 希 望 日	10 月 14 日 ・ 10 月 15 日
氏 名 及 び フ リ ガ ナ	
生 年 月 日	
自 宅 住 所	〒
電 話 番 号	
メ ー ル ア ド レ ス	
勤 務 先	
勤 務 先 住 所	〒
勤 務 先 電 話 番 号	
応急手当普及員認定番号	
認定を受けた消防本部名	

- ※ 受講の有無を○で囲んでください。
- ※ 受講される場合は、受講希望日の欄に希望する日を○で囲んでください。
- ※ 申込状況により日程調整が必要な場合のみ連絡します。令和8年10月5日（月）までに連絡がない場合は、希望日を受講日とします。
- ※ 受講しない場合は資格の更新ができません。
- ※ 今後の再講習の案内等、本人への連絡に使用するため、自宅住所、電話番号及びメールアドレスの記入をお願いします。