

特例認定者申請書

年 月 日

下田消防本部消防長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり患者等搬送乗務員の認定を申請します。

| | | |
|--------------------------|------|------------|
| のりづけ 写真 2.4×3.0 cm | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日生（ 歳） |
| | 住所 | 〒 ー |
| 認定資格 | | |
| 勤務先 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| ※ 受 付 欄 | | ※ 経 過 欄 |
| | | |

備考

- 1 基礎講習を修了した者と同等以上と認められる資格を証明するものの写しを添付すること。
- 2 写真は、申請前6か月以内に撮影した無帽、正面上半身のもので、その裏面に撮影年月日、氏名を記入すること。
- 3 ※は記入しないこと。