

講 習 受 講 票

受付番号	第 号	宇 都 宮 市 消 防 局
講習種別	患者等搬送乗務員基礎講習 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用） 患者等搬送乗務員再講習	
氏名	昭和 年 月 日生 平成	
勤務先名称		
所在地		
受講日時	年 月 日 時 分 から 年 月 日 時 分 まで	
講習場所		
写 真		※ 経 過 欄
よこ たて 3 cm × 4 cm		

- (注) 1 写真は、受講申請前6か月以内に撮影した正面上半身像（3 cm × 4 cm）のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載したものを添付すること。
- 2 写真は、患者等搬送乗務員基礎講習のみ添付して下さい。
- 3 この受講票は、講習当日持参し受付に提出して下さい。
- 4 ※印欄は記入しないこと。