別記様式第４号（第４，５関係）

**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 | | | | | |
|  |  | | | | 昭和  平成 | 年　　月　　日生 |
| 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  　よこ　　　たて  ３cm×４cm | |  | | ※　経　　過　　欄 | | |

（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（３cm×４cm）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。