

患者等搬送乗務員特例適任申請書

平成 年 月 日

猪名川町消防長 様

ふりがな 氏 名 生年月日		年 月 日生
住 所 電話番号		〒 電話 ()
勤 務 先	名 称	
	所在地 電話番号	〒 電話 ()
資格名／取得日		資格／ 年 月 日取得
※ 受 付		

(注)1 ※印の欄には、記入しないでください。

2 患者等搬送事業に対する指導及び認定基準別表 2 に該当する者であることを証明する資格や講習受講証明等の写しを添付してください。

3 顔写真:申請時より6ヶ月以内に撮影したデジタル写真のデータを提出してください。