

(様式)

石川県自主防災組織リーダー育成講座 受講申込書

あて

石川県自主防災組織リーダー育成講座の参加について、以下の者を推薦します。

町会（事業所）

代表者名

印

石川県自主防災組織リーダー育成講座の受講を申し込みます。

希望会場	第 回（ 会場）		
受講者 申込者	氏	名	印
フリガナ			
自宅住所	※郵便番号・住所は必ずご記入ください。（教材の発送先となりますので、正確にご記入ください。） （郵便番号）〒 ー		
	市・区・町・村・郡 石川県		
電話番号	※日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。		
性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		
生年月日	年（西暦）	月	日 年齢
受講生区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 市町職員 <input type="checkbox"/> 生徒		
学校名・勤務先 団体名	※学生の方は、「学校名」をご記入ください。		
所属部署名	※学生の方は、「学部・学科名」をご記入ください。		
役職名	※学生の方は、「学年」をご記入ください。		
普通救命講習 修了証	<input type="checkbox"/> あり（受講済み） （ 年 月） <input type="checkbox"/> なし （未受講） ⇒ [ 受講予定時期 月 日 ]		
所属する自主 防災組織等名	組織名		
	役割など		

※学生の場合は、学生証の写しを添付してください。