救急用自動車同乗実習申込書

|  |  |
| --- | --- |
| （あて先）  年　　月　　日  茅ヶ崎市消防長  　申　込　者  住　　所  名　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名  電話番号  貴消防本部で運用されている救急用自動車に同乗させて頂きたく、下記のとおり申込みます。 | |
| (ふりがな)  同乗実習者氏名 |  |
| 同乗実習者住所 | 電話　　　　(　　　) |
| 同乗実習者生年月日 | 年　　月　　日生　(　　歳)　　　男　・　女 |
| 勤務先又は学校名 | 名　称  所在地 |
| 同乗実習理由 |  |
| 同乗実習希望日時 | 年　　月　　日　　（　　曜日）から  年　　月　　日　　（　　曜日）まで  時　　分　～　　時　　分 |
| ※受付欄 | ※意見欄 |
|  |  |

注　1　この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

　　2　※には記入しないこと。

　　3　実習者が複数名いる場合は別紙名簿を作成し添付してください。