

(様式)

石川県自主防災組織リーダー育成講座 受講申込書

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。
地区自主防災組織 代表者名

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1希望)	第 回 (会場)		
希望会場 (第2希望)	第 回 (会場)		
受 講 申 込 者	氏		名
フリガナ			
生年月日	年(西暦)	月	日
年齢			
学校名・勤務先 団体名			
所属部署名			
役 職 名			
住所 (案内送付先)	※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) 〒 -		
	石川県		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()		
電話番号			
FAX番号			
メールアドレス			
性 別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		
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		
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 ⇒ (受講予定時期 7月下旬)	
所属する自主 防災組織等名	組織名		
	役割など		