

<記載方法>

 →記載が必要な箇所

・別記様式9（第19関係）

応急手当推奨事業所認定（更新）申請書

<div style="float: right; text-align: right;"> 年 月 日 </div> <p style="text-align: center;">多治見市消防長</p> <p style="text-align: center;">応急手当推奨事業所の（認定・更新）を受けたく、申請します。</p>	
代表者氏名	
事業所名	
所在地	
従業員数	名
救命講習修了者数	名
普及員・指導員者数	名
総有資格者人数	名
連絡担当者	
氏名	
※ 受付	

推奨事業所認定基準

以下の基準を満たす事業所で認定期間は認定（認定更新）した日の翌年度の末日までです。

- 従業員数が10名以上
- 従業員の半数以上が多治見市消防本部の開催する救急講習を受講している

受講日を記入

※複数回に分けて救急講習を受講した場合は最終受講日を記入

1 この用紙の大きさは、日本産業規格 A4 判とします。

2 ※印の欄は、記入しないでください。

① 記入後、多治見市消防本部にメールにて送信（sirei@city.tajimi.lg.jp）
または、最寄りの消防署で申請をしてください。

② 受付後、認定証をお届けいたします。

多治見市消防本部 統計グループ	
担当	岡田 奥村 川内野
電話	0572-22-9232
e-mail	sirei@city.tajimi.lg.jp