

応急手当推奨事業所認定（更新）申請書

年 月 日

多治見市消防長

応急手当推奨事業所の（認定・更新）を受けたく、申請します。

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	電話 ()		
※ 受付			

- 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。