

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

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			
※ 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。