**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。