子育て支援員研修（地域型保育コース）「心肺蘇生法講習」受講申込書

令和５年　　月　　日

　大船渡市長　様

　子育て支援員研修（地域型保育コース）「心肺蘇生法講習」について、下記のとおり申し込みます。

※　修了証に記載される事項となりますので、必ず、受講者本人が正確に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 性　　別  （該当に○） | 男　・　女 | | |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 郵便番号 | 〒　　　　　－ | | |
| 現 住 所 |  | | |
| 電話番号 | －　　　　　－ | | |
| 緊急連絡先  （電話番号） | 氏名  （　　　　－　　　　　－　　　　　） | | |

【提出先】子ども課窓口に直接持参、FAX、もしくは下記担当あてメール

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：大船渡市保健福祉部子ども課　迎山

　 〒022-8501　大船渡市盛町字宇津野沢15

　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：0192-27-3111（内線192）

　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：0192-26-2299

　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：001984＠city.ofunato.iwate.jp