年　　月　　日

（宛先）桐生市消防長

（申請者）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

患者等搬送乗務員適任証交付（再交付）申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 写　真貼付け正面、脱帽、上半身像、6か月以内(横2.5cm×縦3cm) | ふりがな |
| 氏　名 |
| 生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 住　所電話 |
| 勤務先 | 名　称 |
| 所在地電話 |
| ※受付欄 | ※患者搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱第4条第3項 |
|  | 第1号第2号　医師、看護師、准看護師、保健師、助産師、医学士、看護学士、救急救命士、その他（　　　　　　　　　　　） |

※印の欄は、記入しないでください。

　資格要件を証するものの写しを添付してください。

　乗務員としての資格を証する書面の写しを添付してください。