

(様式)

石川県自主防災組織リーダー育成講座 受講申込書

能登町長あて

石川県自主防災組織リーダー育成講座の参加について、以下の者を推薦します。

組織名 _____ 代表者名 _____

石川県自主防災組織リーダー育成講座の受講を申し込みます。

希望会場	第 回 (会場)		
受講者 申込者	氏		名
フリガナ			
生年月日	年 (西暦)	月	日 年齢
学校名・勤務先 団体名	※学生の方は、「学校名」をご記入ください。		
所属部署名	※学生の方は、「学部・学科名」をご記入ください。		
役職名	※学生の方は、「学年」をご記入ください。		
住所 (案内送付先)	※郵便番号・住所は必ずご記入ください。(教材の発送先となりますので、正確にご記入ください。) (郵便番号) 〒 _____		
	石川県		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()		
電話番号	※日中に連絡のとれる電話番号を必ずご記入ください。		
FAX番号	※FAXをお持ちの場合はできるだけ記入してください。		
メールアドレス	※連絡の取れるメールアドレスをできるだけ記入してください。		
性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		
受講生区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 市町職員 <input type="checkbox"/> 生徒		
普通救命講習 修了証	<input type="checkbox"/> あり(受講済み) (年 月)	<input type="checkbox"/> なし ⇒ (受講予定時期 月 日)	
所属する自主 防災組織等名	組織名		
	役割など		