**ＦＡＸ送信先：　東ト協 業務部交通環境ｸﾞﾙｰﾌﾟ　 ＦＡＸ.０３－３３５９－４９８３**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（問合せ先：TEL.03-3359-3618）

【 申込期間： ９月１日(火)　９時００分～９月２５日（金）１７時００分】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令 和 ２年 　 月　　日** | | | | | | | | | | 《受付確認印》 |
|  | | | **受 講 申 込 書** | | | |  | | |
|  | | | |
| **東京消防庁主催「普通救命講習」の受講を申込みます。**  **【 受 講 者 】※以下のすべてにご記入ください。** | | | | | | | | | |
|  | **受講希望日**  **※**①～➃いずれか1つに　○をしてください。 | | | 1. **１０月１９日(月) ９時～** | | | | 1. **１０月１９日(月) １３時３０分～** | | |
| 1. **１０月２０日(火) ９時～** | | | | 1. **１０月２０日(火) １３時３０分～** | | |
| **所属支部名** | | | **支部** | **※ 受 講 確 認 (以下に必ず○をつける)** | | | | | |
| **郵 便 番 号** | | | 〒　　 　－ | **・新　規**  **・再受講(認定番号：　 　　　　　　　)** | | | | | |
| **会 社 住 所** | | |  | | | | | | |
| **会　　社　　名** | | |  | | | | | | |
| **会社担当様名** | | |  | | | | | | |
| **会社電話** | －　　　　－ | | | | **会社FAX** | | | －　　　　－ | |
| **フ リ ガ ナ**  **受講者氏名** | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **生年月日** | | | **昭 和 ・ 平 成　 　　　年　　　　月　　　　日　生** | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

※ 注意事項

　○受付は先 着 順、各社２名まで。各回定員１４名になり次第締切ります。

　○受講料　無　料　（※受講料は、東ト協本部にて負担します。）

　○受講日(令和２年10月19日又は20日)から過去３年以内に、東京消防庁主催の普通救命講習を受講され「救命技能認定証」の交付を受けている方は､上記「受講確認」欄の「再受講」に○をつけ､認定番号をご記入ください｡

初めての方及び３年以上経過している方は､｢新規｣に○をつけてください。

　○ＦＡＸにてお申込み後、受講可能な方に対しては、この受講申込書に当協会受付印を押印して、ＦＡＸにて返送いたします。

　○ご記入いただきました個人情報は、本事業の募集・案内等に限り、使用いたします。

　（※「受講確認」欄、受講者氏名・ﾌﾘｶﾞﾅ、生年月日は必ずご記入ください。