|  |
| --- |
| **令和 5年 度　京 丹 後 市 里 山 文 化 案 内 人 養 成 講 座 申 込 書** |

**申込日　令和5年　　　　月　　　　日　（　　　　）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | (ふりがな) | | 受付日 | ／  ※市役所記入欄 |
|  | |
| 生年月日 | (西暦)　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　生 | | 年　齢 | 歳 |
| 現住所 | 〒　　　　－ | | | |
| Eメールアドレス | ＠  ※講座に関する連絡等はメールで行います。上記アドレスの受信設定をお願いします。 | | | |
| 携帯電話番号 | ―　　　　　　　　　　　　　　― | | | |
| 勤務先名  または  就学先名 | (ふりがな) | | | |
|  | | | |
| 勤務先住所  就学先住所 | 〒　　　　－ | | | |
| 緊急連絡先  氏名 | (ふりがな) | | | |
| 受講者との続柄（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 緊急連絡先 | ―　　　　　　　　　　　　　　― | | | |
| 受講について  ※該当するものに  〇をつけてください | 11月22日（木）　MFA救命救急講座 | | | |
| アレルギーの有無 | アルコール　・　ゴム手袋　・　アレルギーなし  ※実習に使用するため必ずご記入ください | | |
| MFA認定カード  取得の有無 | * なし   ・　　あり　　　　　（有効期限：　　　年　　　　月　　　　日）  ※受講日に認定カードが有効な方には認定カードの発行は行いません。 | | |
| 【受講理由をお聞かせください】 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

※ご記入いただいた個人情報は、本講座の円滑な運営のためのみに使用し、緊急時以外は第三者に提供することはありません。