

応急手当推進事業所証交付申請書

掛川市消防長 様	
申請者 住所 氏名	
普通救命講習修了者一覧を添付し、応急手当推進事業所証の交付を申請します。	
事業所名	従業員数 人
代表者名	
受付欄	経過欄

※応急手当推進事業所証交付要件

- 1 老人福祉施設等は、従業員の 5 割以上の者が普通救命講習を修了していること。
- 2 一般事業所は、短期アルバイト等を除く正規の従業員が 10 人以上修了していること。
正規従業員数が 50 人未満の事業所については、その 2 割以上の者が修了していること。

様式 2

普通救命講習会修了者一覧

従業員数 _____ 人

No.	氏 名	生年月日	修了年月日
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			

24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			