

# 救急再圧員 特別教育受講申込書

MTES D. D. (エムテス)の主催する救急再圧員講習の受講を申し込みます。

年 月 日

## 〔尾道会場〕

申込者氏名: \_\_\_\_\_

ローマ字													性別
フリガナ													男
氏名	姓						名						・ 女
	生年月日												
西暦 年													
年号 S・H 年 月 日 ( 歳)													
現住所													
フリガナ													
現住所	番地・マンション名等までご記入ください。			都 府			市 郡						
				道 県			区						
							携帯: ( )						
							TEL: ( )						
勤務先住所 ※8:30~ 17:00に連絡 可能なところ を記入	番地・マンション名等までご記入ください。			都 府			市 郡						
				道 県			区						
							FAX: ( )						
							TEL: ( )						
書類希望 送付先	自宅 ・ 勤務先			その他、ご希望の送付先がございましたら、ご記入ください。									
受講する コース名	救急再圧員コース												
年 月 日 ~ 年 月 日 まで													
潜水士免許 証の有無	有 ・ 無			潜水士免許証を 所有されている方			交付局			都 府 道 県			

無料送迎	要 ・ 不要		宿泊ホテル名 (無料送迎要の場合記入)	
昼食 お弁当	要 ・ 不要		*注意: 尾道海技学院近くには、昼食を食べる施設がありません。 不要の方は、昼食を各自でご用意ください。	

以下記入しないで下さい。

写 真	コース	入金日	月 日 ( )	受付通知送付	
		¥	@	/	電話
			@		通知
			@		FAX

修了証NO :	備考欄
修了日 :	
発送日 :	

※この申込書に記載された個人情報については、当学院で実施している他の関連講習等の、ご案内送付に使用させていただく場合があります。