

十日町地域救急業務連絡協議会長 様

承諾書兼入会届

私は、十日町地域応急手当普及啓発連絡会の主旨に賛同し、地域住民に対する救命技術の普及啓発及び講習会実施時の指導力向上を目指し、会員として協力することを承諾します。

住 所		
氏 名		
電話番号	()	
Eメールアドレス	@	
(事業所名)		
(事業所電話番号)		
認定資格	応急手当指導員 ・ 応急手当普及員 (該当に○印)	
	認定番号	第 号
	取得年月日	年 月 日
	再講習受講日	

*以下は事務局で記入します。

受 付	経 過 欄	備 考 欄

十日町地域救急業務連絡協議会長 様

退 会 届

私は、十日町地域応急手当普及啓発連絡会を退会いたします。

住 所		
氏 名		
電話番号	()	
(事業所名)		
認定資格	応急手当指導員 ・ 応急手当普及員 (該当に○印)	
	資格の交付機関	
	認定番号	
入会年月日	年 月 日	
退会の理由		

*以下は事務局で記入します。

受 付	経 過 欄	備 考 欄