

(様式)

## 石川県自主防災組織リーダー育成講座 受講申込書

小松市長あて

石川県自主防災組織リーダー育成講座の参加について、以下の者を推薦します。

印

【町内会推薦の場合はこちらもご確認ください】  
防災士資格に合格された場合、地域の防災活動への協力要請等を目的に申請者情報（氏名・住所・連絡先）を推薦先町内会長および校下連合町内会長、小松防災士の会に情報提供されますが同意いただけますか。

情報提供について同意します（レ点を記載ください。）

石川県自主防災組織リーダー育成講座の受講を申し込みます。

第1希望会場	第 回 ( 会場)		
第2希望会場	第 回 ( 会場)		
受講者 申込者	氏		名
フリガナ			
生年月日	年(西暦)	月	日
学校名・勤務先 団体名	※学生の方は、「学校名」をご記入ください。		
所属部署名	※学生の方は、「学部・学科名」をご記入ください。		
役職名	※学生の方は、「学年」をご記入ください。		
住所 (案内送付先)	※郵便番号・住所は必ずご記入ください。(教材の発送先となりますので、正確にご記入ください。)		
	(郵便番号) 〒 -		
	石川県		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
電話番号	※日中に連絡のとれる電話番号を必ずご記入ください。		
メールアドレス	※連絡の取れるメールアドレスをできるだけ記入してください。		
性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		
受講生区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 市町職員 <input type="checkbox"/> 生徒		
普通救命講習 修了証	<input type="checkbox"/> あり(受講済み) ( 年 月 )	<input type="checkbox"/> なし ⇒ ( 受講予定時期 月 日 )	
所属する自主 防災組織等名	組織名		
	役割など		

(様式)

【記載例】石川県自主防災組織リーダー育成講座 受講申込書

小松市長あて

必要に応じて、推薦、紹介等を求めています。

石川県自主防災組織リーダー育成講座の参加について、以下の者を推薦します。

〇〇町内会

代表者名

印

【町内会推薦の場合はこちらをご確認ください】  
防災士資格に合格された場合、地域の防災活動への協力要請等を目的に申請者情報（氏名・住所・連絡先）を推薦先町内会長および校下連合町内会長、小松防災士の会に情報提供されますが同意いただけますか。  
 情報提供について同意します（レ点を記載ください。）

石川県自主防災組織リーダー育成講座の受講を申し込みます。

第1希望会場	第 5 回 ( 小松 会場)		
第2希望会場	第 6 回 ( 金沢 会場)		
受 講 者 申 込 者	氏 名		
	小松 太郎		
フリガナ	コマツ タロウ		
生年月日	年(西暦)	月	日
	19XX	8	20
年齢	33		
学校名・勤務先 団体名	※学生の方は、「学校名」をご記入ください。 〇〇株式会社		
所属部署名	※学生の方は、「学部・学科名」をご記入ください。 〇〇部		
役 職 名	※学生の方は、「学年」をご記入ください。 〇〇係長		
住所 (案内送付先)	※郵便番号・住所は必ずご記入ください。(教材の発送先となりますので、正確にご記入ください。)		
	(郵便番号) 〒923-8650		
	石川県 小松市小馬出町91番地		
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
電話番号	※日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。 (0761) 22-4111		
メールアドレス	※メールアドレスをお持ちの方はできるだけ記入してください。 bousaianzen@city.komatsu.lg.jp		
性 別	<input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> 男		
受講生区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 市町職員 <input type="checkbox"/> 生徒		
普通救命講習 修了証	<input type="checkbox"/> あり(受講済み) ( 年 月 ) <input checked="" type="checkbox"/> なし ⇒ ( 受講予定時期 ●月●●日 )		
所属する自主 防災組織等名	組織名                      〇〇町自主防災会		
	役割など                      防災担当		