

瀬戸市高齢者救急協力施設認定証交付申請書

年 月 日

瀬戸市消防長 殿

申請者（代表者）

住所

名称

氏名

瀬戸市高齢者救急協力施設認定制度実施要綱第 4 条の規定に基づき申請します。

施設名	
所在地	住所：瀬戸市
連絡先	電話： —
担当者 緊急連絡先 (携帯電話)	氏名： _____ 電話： — —
就業時間	： ~ ：
備考	