



Kursanmälan FRG

Namn

Personnummer

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Utdelningsadress (gata, box etc)

Postnummer

Postort

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Mobiltelefon

E-post

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Organisationstillhörighet (ange frivillig försvarsorganisation)

| |
|--|
| |
|--|

Jag tillhör eller ska tillhöra FRG i (ange kommun)

| |
|--|
| |
|--|

Jag har genomfört FRG grundutbildning

Ja

Nej

Jag anmäler mig till kursen

Kursdatum

Kursplats

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Om jag blir antagen som reserv kan jag komma med kort varsel

Ja

Nej

Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
|--|