

様式第17号

年 月 日

北上地区消防組合消防本部  
消防長 様

住 所  
事業所名  
氏 名

認定マーク等受領書

年 月 日付けで交付された患者等搬送事業者認定証、患者等搬送事業者認定マーク及び患者等搬送用自動車認定マークを、次のとおり受領しました。なお、この認定マーク等は、貴職から返納を求められたときは、速やかに返納します。

記

- 1 患者等搬送事業者認定証
- 2 患者等搬送事業者認定マーク・患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用）
- 3 患者等搬送用自動車認定マーク 枚
- 4 患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用） 枚