様式第22号

# 認定マーク等再交付申請書

年　　月　　日

北上地区消防組合消防本部
　消防長　様

申請者
住　所
氏　名

次のとおり、患者等搬送事業者認定マーク等の再交付を申請します。

| | |
|---|---|
| 事業所名 | |
| 所在地 | 〒　　－<br>電話　　（　　） |
| 管理責任者職・氏名 | |
| 理由 | 1　亡失　　2　滅失　　3　汚損　　4　破損<br>5　その他（　　） |
| 再交付申請の認定マーク等 | 1　患者等搬送事業者認定証<br>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）<br>3　患者等搬送用自動車認定マーク　　枚<br>4　患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）　　枚 |

| ※　受　付 | ※　経　過　欄 |
|---|---|
| | |

備考

1　理由の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。

2　再交付申請の認定マークの欄は、該当する番号を○で囲んで、３と４の患者等搬送用自動車認定マークは、必要な枚数を記入してください。

3　※印の欄は、記入しないでください。