

様式第16号(第30条)

<p>認定マーク等再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上田地域広域連合 消防長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 申請者 氏 名 印</p> <p>認定マーク等を(亡失、滅失、汚損、破損)しましたので、患者等搬送事業認定マーク等の再交付について申請いたします。</p>									
事業所名									
所在地	電話								
認定マーク等	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">患者等搬送事業者認定マーク</td> <td style="text-align: right;">枚</td> </tr> <tr> <td>患者等搬送用自動車認定マーク</td> <td style="text-align: right;">枚</td> </tr> <tr> <td>患者等搬送事業者認定マーク(車椅子専用)</td> <td style="text-align: right;">枚</td> </tr> <tr> <td>患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用)</td> <td style="text-align: right;">枚</td> </tr> </table>	患者等搬送事業者認定マーク	枚	患者等搬送用自動車認定マーク	枚	患者等搬送事業者認定マーク(車椅子専用)	枚	患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用)	枚
患者等搬送事業者認定マーク	枚								
患者等搬送用自動車認定マーク	枚								
患者等搬送事業者認定マーク(車椅子専用)	枚								
患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用)	枚								
認定マーク等交付年月日	年 月 日								
受付									

備考

- 1 法人にあっては、その名称、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記入すること。
- 2 欄には記入しないこと。