様式第16号（第30条）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定マーク等再交付申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日    上田地域広域連合  　消防長　　　　　　様    申請者  住所  氏名  　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。  記 | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 事業所名 | |  |
|
| 所在地 | | 電話　　　― |
|
| 認定マーク等 | | 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。