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。