

<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: right;">申請者 住所 氏名</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> <p style="text-align: center;">記</p>									
事業所名									
所在地	電話 ー								
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 法人にあつては、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。