

認定マーク等受領書

上田地域広域連合
消防長 様

受領者
職・氏名

下記事業所に係る認定マーク等を受領いたしました。
なお、認定証有効期間が経過したとき、又は基準不適合により貴職から返納を求められた場合は、速やかに返納いたします。

記

事業所名		
所在地	電話 ()	
経営者又は 管理責任者	職名	氏名
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
認定番号	第 号	
認定マーク等の 種類及び数量	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）
	枚	枚
	患者等搬送用自動車 認定マーク	患者等搬送用自動車 認定マーク（車椅子専用）
	枚	枚