様式第17号

年　　月　　日

　北上地区消防組合消防本部

消防長　様

住　　所

事業所名

氏　　名

認定マーク等受領書

　　　　　年　月　日付けで交付された患者等搬送事業者認定証、患者等搬送事業者認定マーク及び患者等搬送用自動車認定マークを、次のとおり受領しました。なお、この認定マーク等は、貴職から返納を求められたときは、速やかに返納します。

記

１　患者等搬送事業者認定証

２　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）

３　患者等搬送用自動車認定マーク　　　　　　　　　　　　　　　　枚

４　患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）　　　　　　　　　枚