様式第22号

認定マーク等再交付申請書

　年　　月　　日

　北上地区消防組合消防本部

消防長　様

申請者

住　所

氏　名

　次のとおり、患者等搬送事業者認定マーク等の再交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 〒　　　－  　　　　　　電　話　　　　　　（　　　　　） | |
| 管理責任者  職・氏名 |  | |
| 理由 | １　亡失　　　２　滅失　　　３　汚損　　　４　破損  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 再交付申請の  認定マーク等 | 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 | |
| ※　受　付 | | ※　経　過　欄 |
|  | |  |

備考

１　理由の欄は、該当する番号を〇印で囲んでください。

２　再交付申請の認定マークの欄は、該当する番号を〇で囲んで、３と４の患者等搬送用自動車認定マークは、必要な枚数を記入してください。

３　※印の欄は、記入しないでください。