様式第１５号（第１２条関係）

患者等搬送事業者等認定証等再交付申請書

年　　月　　日

御殿場市・小山町広域行政組合

消防長　様

申請者

住所　〒　　－

氏名

電話　　（　　）

□　認定証　　□認定証（車椅子専用）

□　患者等搬送事業者認定マーク　　□　亡失

□　患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用）　　を

□　患者等搬送用自動車認定マーク　　□　損傷

□　患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）

したので、患者等搬送事業者等に対する指導及び認定に関する要綱第１２条の規定により再交付を申請します。

事　業　所　名	
所　在　地	〒　　－ 電話　　（　　）
認　定　年　月　日	年　　月　　日
認　定　番　号	第　　号
※受　付　欄	※　特　記　事　項

備考

１　該当する□印に、レ点を付けること。

２　※印の欄は、記入しないこと。