

第19号様式（第27条関係）

認定マーク等再交付申請書	
年 月 日	
(宛先) 出水市消防本部消防長	
申請者 住所 氏名 (法人その他の団体等にあつては、所在地、 団体等の名称及び代表者の氏名)	
認定マーク等の再交付を受けたいので、出水市患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱第27条第1項の規定により、次のとおり申請します。	
申請区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用） <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）
認定番号	
患者等搬送用自動車登録番号	
事業所名	
所在地 電話番号	
再交付申請理由	
※受付欄	※経過欄

- 備考1 患者等搬送事業者認定マーク及び患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、認定番号を記入してください。
- 2 患者等搬送用自動車認定マーク及び患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、当該自動車の登録番号を記入してください。
- 3 申請書は、出水市消防本部警防課へ提出してください。
- 4 ※印欄は記入しないでください。