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っては、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 | □　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）□　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） |
| 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。