

第18号様式（第23条関係）

年 月 日

（宛先） 出水市消防本部消防長

受領者 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〕

認定マーク等受領書

下記事業所に係る認定マーク等を受領しました。

なお、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30条又は第33条の規定により、認定が失効したとき、又は取り消されたときは速やかに返納します。

記

事業所名		
所在地 電話		
管理責任者	職	氏名
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
認定番号		
認定マーク等の 種類及び数量	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)
	枚	枚
	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)
	枚	枚