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 |