様式第１６号（第２９条関係）

|  |
| --- |
| 患者等搬送事業者認定マーク・患者等搬送用自動車認定マーク再交付申請書年　　月　　日坂出市消防長　　殿　　　　　　　　申請者　　　　　　住所　　　　　　氏名下記の理由により，（患者等搬送事業者認定マーク・患者等搬送用自動車認定マーク）を（亡失・滅失）しましたので再交付を申請します。記 |
|
|
|
|
| 事　業　所　名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
|
| 所　　在　　地 |  |  | 電話　　　（　　）　　　　　　ＦＡＸ　　（　　）　　　　　 |
| （患者等搬送事業者認定マーク・患者等搬送用自動車認定マーク）取得年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ※　受　　　付 | ※　経過 |
|  |  |

（注） ※印欄は，記載しないこと。