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。