様式第１９号

|  |
| --- |
| **認定証等再交付申請書**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日遠賀郡消防本部消防長　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　氏名(※)　　　　　　　　　　　　　　　※　法人の場合は、記名押印してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　個人の場合は、自署により押印省略可能です。　　患者等搬送事業認定証等の再交付について、下記のとおり申請いたします。記 |
| 事業所名 |  |
| 所在地・連絡先 | 　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　　） |
| 認定番号 | 第　　　　号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 再交付種別 | □　認定証 |
| □　認定証（車椅子専用） |
| □　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 | 枚 |
| □　患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用） | 枚 |
| 再交付申請理由 |  |
| ※ 受付欄 |

※欄には記入しないこと。