

認定マーク等再交付申請書	
年 月 日	
福山地区消防組合消防局長 様	
申請者 住 所 名 前	
印	
認定マーク等の再交付について、福山地区消防組合患者等搬送事業指導及び認定に関する要綱第36条の規定により、次のとおり申請します。	
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者（車椅子専用）認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク
認 定 番 号	第 号
自動車登録番号 又は車両番号	
事 業 所 名	
所 在 地	電話 ()
再交付申請理由	
* 受付欄	* 経過欄

- 備考
- 1 患者等搬送事業者認定マーク及び患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、認定番号を記入してください。
 - 2 患者等搬送用自動車認定マーク及び患者等搬送自動車認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、当該自動車の自動車登録番号又は車両番号を記入してください。
 - 3 申請書は、福山地区消防組合消防局救急救助課又は事業所を管轄する消防署に2部提出してください。
 - 4 *印欄は記入しないでください。