

認定等再交付申請書

年 月 日	
日光市消防長 様	
(申請者) 所在地  名称  代表者氏名	
⑩	
患者等搬送事業の認定(更新)について下記のとおり申請します。	
事業所名	
申請対象	1 患者等搬送事業認定証 2 患者等搬送事業認定マーク 3 患者等搬送用自動車認定マーク
交付年月日 認定番号	年 月 日 交付 第 号
再交付の理由	
※受付欄	※経過欄
	再交付年月日 年 月 日交付 有効期限 年 月 日まで

- 注 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。  
 2 ※には記入しないこと。  
 3 2部提出すること。  
 4 「申請対象」の欄は、該当する番号を○で囲むこと。