

年 月 日

（宛先）阿久根地区消防組合消防本部  
消 防 長

受領者 住所  
氏名

〔法人その他の団体等にあつては、所在地、  
団体等の名称及び代表者の氏名〕

認定マーク等受領書

下記事業所に係る認定マーク等を受領しました。

なお、阿久根地区消防組合患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱第30条又は第33条の規定により、認定が失効したとき、又は取り消されたときは速やかに返納します。

記

事業所名		
所在地 電 話		
管理責任者	職	氏名
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
認定番号	第 号	
認定マーク等の 種類及び数量	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)
	枚	枚
	患者等搬送用自動車認定マーク	患者等搬送用自動車認定マーク (車椅子専用)
	枚	枚