

第19号様式（第27条関係）

認定マーク等再交付申請書	
年 月 日	
<p>(宛先) 阿久根地区消防組合消防本部 消 防 長</p> <p style="text-align: right;">申請者 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〕</p>	
<p>認定マーク等の再交付を受けたいので、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27条第1項の規定により、次のとおり申請します。</p>	
申請区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用） <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認定マーク（車椅子専用）
認定番号	第 号
患者等搬送用自動車等 登録番号	
事業所名	
所在地 電話番号	
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用自動車認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、当該自動車の登録番号を記入してください。
- 3 申請書は、阿久根地区消防組合消防本部警防課救急救助係へ提出してください。
- 4 ※印欄は記入しないでください。