様式第15号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  （宛先）さいたま市消防局長  　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先  　次のとおり、患者等搬送事業認定証等の再交付を申請します。 | | | |
| 事業者 | 名　　称 |  | |
| 所 在 地 |  | |
| 電話番号 |  | |
| メールアドレス |  | |
| 再交付を希望する  認定証等 | | □　認定証　　　　　　　　　□　事業者認定マーク | |
| □　認定証（車椅子専用）　　□　事業者認定マーク（車椅子専用） | |
| 認定証交付年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 認定番号 | | 第　　　　　号 | |
| 再交付理由 | |  | |
| ※受付欄 | | | ※備　考 |

患者等搬送事業認定証等再交付申請書

※欄は記入しないでください。