|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者等搬送事業者認定証再交付申請書  年　　月　　日  （申請先）  　佐久広域連合消防本部  消　防　長　　　　様  申請者  住　所  職氏名  　患者等搬送事業の認定証を（亡失、滅失、汚損、破損）しましたので、患者等搬送事業の認定証の再交付について申請いたします。  記 | | |
| 事業所名 | |  |
| 所在地 | | 電話　　　　（　　） |
| 認定区分 | | □　ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車による患者搬送事業  □　患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業 |
| 認定証交付年月日 | |  |
| 理　　　由 |  | |
| ※　受　　付 |  | |

※欄には記入しないこと。