様式第11号（第23条関係）

|  |
| --- |
| 患者等搬送事業認定マーク・患者等搬送用自動車認定マーク再交付申請書　　　　年　　月　　日　丸亀市消防長　宛申請者　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　下記の理由により、（患者等搬送事業認定マーク・患者等搬送用自動車認定マーク）を（亡失・滅失）しましたので再交付を申請します。記 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 電話　　（　　）　　　　ＦＡＸ　　（　　）　　　　 |
| （患者等搬送事業認定マーク・患者等搬送用自動車認定マーク）取得年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 再交付の理由 |  |
| ※　受付 | ※　経過 |
|  |  |

（注）※印欄は、記載しないこと。