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。