様式第15号（第23条関係）

**認定マーク等受領書**

四国中央市消防長　様

受領者

職・氏名

　下記事業所に係る認定マーク等を受領いたしました。

　なお、認定証有効期間が経過したとき、又は基準不適合等により貴職から返納を求められた場合は、速やかに返納いたします。

|  |
| --- |
| 記 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 電話　　　　　（　　　　）　　　　　 |
| 経営者又は管理責任者 | 職 |  | 氏名 |  |
| 認定有効期間 | 　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで |
| 認定番号 | 第　　　　　　号 |
| 認定マーク等の種類及び数量 | 患者等搬送事業者認定マーク | 患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用） |
| 枚 | 枚 |
| 患者等搬送用自動車認定マーク | 患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用） |
| 枚 | 枚 |