様式第25号（第35条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **認定マーク等再交付申請書**  　　年　　月　　日  四国中央市消防長　様  申請者  住所  職・氏名  認定マーク等の再交付について下記のとおり申請します。 | | |
| 申請区分 | □　患者用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）  □　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） | |
| 認定番号 | 第　　　　　号 | |
| 患者等搬送自動車  登録番号 |  | |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話　　　　（　　　　） | |
| 再交付申請理由 |  | |
| ※受付欄 | | ※経過欄 |

１　患者等搬送事業者認定マーク及び患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、認定番号を記入してください。

２　患者等搬送用自動車認定マーク及び患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、当該自動車の登録番号を記入してください。

３　申請書は、四国中央市消防本部警防課へ提出してください。

４　※印欄は記入しないでください。