

様式第19号(第25条関係)

患者等搬送事業認定証等再交付申請書	
年 月 日	
五所川原地区消防事務組合 消防長 殿	
申請者 住 所 氏 名	
患者等搬送事業認定証等を(亡失、滅失、汚損、破損)しましたので、患者等搬送事業認定証の再交付について下記のとおり申請いたします。	
記	
事 業 所 名	
所 在 地	電話 () —
認定証交付年月日	年 月 日
(理 由)	
※ 受 付 欄	※ 備考

- 備考 1 法人にあっては、その名称、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記入すること。
- 2 ※欄には記入しないこと。