様式第17号(第22条関係)

五所川原地区消防事務組合
消防長 殿

認 定 マ ー ク 等 受 領 書

次の事業所に係る認定マーク等下記のとおり受領いたしました。

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。

事業所名	
所在地	電話 () -
管理責任者	
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
認定番号	第 号
認定マーク等の区分及び枚数	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
受領年月日	年 月 日
事業所役職名	
受領者氏名	