様式第 14 号（第 10 条関係）

患 者 等 搬 送 事 業 認 定 証 再 交 付 申 請 書

年　　月　　日

（あて先）静岡市消防長

申請者

住所　〒　　―

氏名

電話　　（　　）

□　患者等搬送事業者認定証　　□　亡失

を　　したので、再交付を

□　患者等搬送事業者認定証（車椅子専用）　　□　損傷

申請します。

事　業　所　名	
所　在　地	〒　　― 電話　　（　　）
認 定 年 月 日	年　　月　　日
認　定　番　号	第　　号
※　受　付　欄	※　特　記　事　項

（注）
1　該当する□に、レ点を付けてください。
2　※印の欄には、記入しないでください。