

様式第 1 2 号（第 1 3 条関係）

認 定 マ ー ク 等 再 交 付 申 請 書 年 月 日	
亀山市消防長 様 (申請者) 住 所 氏 名 ㊟ 〔 法人その他の団体にあつては、主たる 事務所の所在地、名称、代表者の氏名 〕 認定マーク等の再交付を受けたいので、亀山市患者等搬送事業者の認定等に関する要綱第 1 3 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。	
申 請 区 分	☐ 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） ☐ 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）
事 業 所 名	
所 在 地	電話 ()
経 営 者 又 は 管 理 責 任 者	職 氏名
認 定 番 号	号
患者等搬送自動車 登 録 番 号	
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 *印欄は記入しないでください。