

認定証等受領書

年 月 日

（あて先）
新宮市消防長

（受領者）
住所
氏名

下記のとおり、患者等搬送事業に係る認定証等を受領いたしました。
なお、認定有効期限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。

記

事業所名	
所在地	〒 ー TEL ()
管理責任者 職・氏名	
認定番号	第 号
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
患者等搬送事業者 認定証	枚
患者等搬送自動車 認定マーク	枚