

認定証等受領証

年 月 日

下田消防本部消防長 様

受領者

住 所

職・氏名

下記事業所に係る認定証及び認定マークを受領いたしました。

なお、認定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 ()
管理責任者職・氏名	
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー、車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
認定証番号	第 号
※受付	※経過

備考

- 1 認定事業内容欄は、該当する事業内容の□欄をチェックすること。
- 2 ※には記入しないこと。