

様式第 12 号（第 26 関係）

年 月 日

様

受 領 者
職・氏 名

印

認 定 証 等 受 領 書

認定証及び認定マーク等を下記のとおり受領いたしました。

記

事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）
所在地	電話（ ）
事業所名	
代表者 職・氏名	
認定証 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
認定証番号	第 号
事業者マーク	枚
自動車マーク	枚