

様式第 20 号（第 29 関係）

<p>患者等搬送事業認定証等再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>下記の理由により認定証等を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので、認定証等の再交付について申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>			
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）		
事業所名			
所在地	電話 ()		
認定証交付年月日	年 月 日	認定番号	第 号
申請区分	・認定証・事業者認定マーク・自動車認定マーク		
再交付理由			
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄		

(注) ※印の欄は、記入しないこと。