

様式第6号(第23条関係)

<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>患者等搬送事業認定証等を(亡失・滅失・汚損・破損)しましたので患者等搬送事業認定証等の再交付について申請いたします。</p>			
事業所名			
所在地	電話 ()		
認定証番号	第 号	交付年月日	年 月 日
種類			
理由			
受 付		備 考	

(注) ※には記入しないこと。