

第12号様式 (第12条関係)

患者等搬送事業認定証再交付申請書

(宛先) 京 都 市 消 防 局 長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名
	電話 ー

☐ 亡失 ☐ 汚損 次の理由により患者等搬送事業認定証を ☐ 滅失 ☐ 破損 再交付を申請します。 しましたので、	
事業者名	
所在地	電話
認定交付年月日	
(理由)	
備考	

注 該当する□にレ印を記入してください。