

様式第19号（第11条関係）

認 定 証 等 受 領 書

年 月 日

湯沢雄勝広域市町村圏組合消防本部 消防長 様

受領者

職・氏名

㊟

認定証等を下記のとおり受領いたしました。

なお、認定事業者でなくなった場合には、受領した認定証等を速やかに返納します。

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）
事業所名	
所在地	〒 電話
責任者・職氏名	
認定証番号	第 号
認定証有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
事業者認定マーク	枚
自動車認定マーク	枚