

年 月 日

稲城市消防本部  
消 防 長 殿

報告者（経営者）  
住 所  
職 ・ 氏 名

患者等搬送事業者・自動車認定マーク再交付申請書

事業所名	
所在地 連絡先	〒 ー 電話 ( )
管理責任者 職・氏名	
再交付申請理由	
受付	

※ 受付欄は記入しないこと。