

適任証再交付申請書

年 月 日		
稲城市消防本部 消 防 長 殿		
のりづけ	ふりがな	
写 真 4 cm × 3 cm 貼 付	氏 名	年 月 日生
	住 所 電 話	〒 — 電話 ()
勤 務 先	名 称	
	住 所 電 話	〒 — 電話 ()
申 請 理 由		
適 任 証		<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員 (車椅子専用)
交付番号 号		交付日 年 月 日交付
※ 受 付 欄		※ 経 過 欄

- 1 写真は申請日の6ヶ月以内に撮影した正面上半身像（縦4cm、横3cm）、無帽、無背景のものをのりづけして下さい。
- 2 患者等搬送乗務員認定証の交付番号、交付年月日を記入してください。
- 3 ※印欄は記入しないで下さい。