

第17号様式（第18条関係）

患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証交付（再交付）申請書			
			年 月 日
茅ヶ崎市消防長			
(申請者)			
住 所			
氏 名			
連絡先電話番号 ()			
患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証の交付（再交付）について次のとおり届け出ます。			
(ふりがな) 氏 名			(写真)
住 所			
生 年 月 日	年 月 日 生		
申 請 要 件	1 第18条第1項該当者 2 第18条第2項該当者 3 再交付 (年 月 日 交付・ 号) (再交付理由:		
適 任 証 種 別	1 患者等搬送乗務員適任証 2 患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証		
交 付 年 月 日	年 月 日	交 付 番 号	第 号
特 記 事 項			受 付 欄

- 注 1 太枠線内は記入しないで下さい。
 2 写真（6ヶ月以内撮影、正面、上半身、脱帽、縦3cm×横2.5cm）を貼付して下さい。
 3 申請要件に該当することを証明する書面（写しでも可）を添付して下さい。
 4 再交付申請で汚損及び破損の場合は、当該適任証を添付して下さい。