

年 月 日

様

受 領 者  
職・氏 名

### 認 定 証 等 受 領 書

下記事業所に係る認定証等を受領いたしました。

なお、認定証有効期間が経過したとき又は基準不適合により返納を求められた場合は、速やかに返納いたします。

記

所 在 地	電話		
名 称			
管理責任職・氏名			
認定証有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
認定証番号			
認定証等の種類及び数量	認定証	患者等搬送事業者認定マーク	患者等搬送用自動車認定マーク
	認定証 (車椅子専用)	患者等搬送事業者認定マーク (車椅子専用)	患者等搬送用自動車認定マーク (車椅子専用)