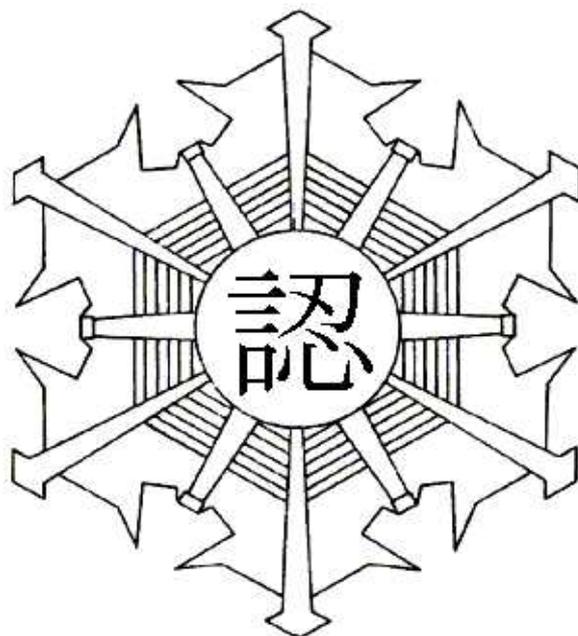


第6号様式（第6条第1項）

患者等搬送事業者認定マーク



事業所名 ○○○○○○○○○

認定日           年   月   日

認定番号 第       号

患者等搬送に適合する事業者として認定する。

野 田 市 消 防 本 部

備考

- 1 地・・・緑色 文字・・・黒色 マーク・・・金色
- 2 横23.7cm、縦36cm