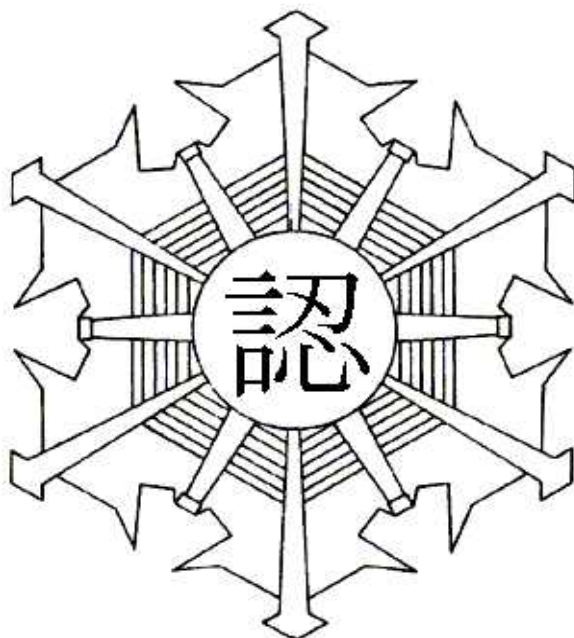


第8号様式（第6条第1項）

患者等搬送事業者（車椅子専用）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（車椅子専用）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・・・・桃色 文字・・・・黒色 マーク・・・・金色
- 2 横23.7cm、縦36cm