

患 者 等 搬 送 事 業 廃 止 届

年 月 日

大阪南消防局長 様

届出者 住 所

職・氏 名

印

下記事業所について、認定内容の業務を廃止しましたので届をいたします。

記

事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
認 定 事 業 内 容	☐ ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 ☐ 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
返 納 認 定 証 等	☐ 認定証 ☐ 事業者認定マーク ☐ 自動車認定マーク
返納不能認定証等	☐ 認定証 ☐ 事業者認定マーク ☐ 自動車認定マーク
返 納 不 能 理 由	
※ 受 付	
注	1 認定事業内容欄には、認定事業内容を□にチェックすること 2 返納認定証等欄に記載されている認定証等は全て返納すること 3 ※には記入しないこと