

患者等搬送事業休止等届	
年 月 日	
大阪南消防局長 様	
届出者 住 所	
職・氏 名 印	
下記の患者等搬送事業の運営状況の届をいたします。	
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
認定年月日	年 月 日
運営状況	☐ 認定事業の運営休止 (休止日： 年 月 日) ☐ 認定事業の運営再開 (開始日： 年 月 日)
休止理由	
※ 受 付	
注 1 届け出に係る必要な各項目の□欄にチェックすること 2 認定事業の休止又は運営再開した場合には、速やかに届けを提出すること 3 ※には記入しないこと	