

第 1 1 号様式 (第 1 2 条関係)

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用) 認定失効届出書			
			年 月 日
茅ヶ崎市消防長			
(届出者) 所在地			
事業所名			
代表者氏名			
患者等搬送事業・患者等搬送事業 (車椅子専用) 認定の失効について次のとおり届け出ます。			
事業所名			
所在地	電話 ()		
認定年月日	年 月 日	認定番号	第 号
失効年月日	年 月 日		
失効内容	1 国土交通大臣の許可等の取消又は失効 2 患者等搬送事業の廃止 3 認定の有効期限の満了		
備考		※ 受 付 欄	

注 1 「失効内容」の欄は、該当する番号に○印を付けてください。

2 ※印の欄は記入しないでください。