様式第１７号（第１２条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更届出書  　　年　　月　　日  　　　新見市消防長　様  届出者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　所在地  名　称  代表者氏名  患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の変更について、次のとおり届け出ます。 | | | | |
| 事業区分 | □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 | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 | 認定番号 | | 第　　　　　号 |
| 変更内容 |  | | | |
| 備　考 |  | ※受付欄 |  | |

注　※印の欄は，記入しないでください。