式第１９号（第１４条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定失効届出書  　　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 |  | | |
| 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 | | |
| 認定年月日及び  認定番号 | 年　　月　　日交付 | 認定番号 | 第　　　　　号 |
| 失効年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 失効内容 | □国土交通大臣の許可等の取り消し又は失効  □患者等搬送事業等の廃止  □認定有効期間の満了 | | |
| 備　考 |  | ※受付欄 |  |

注１　失効内容の欄は、該当するものにチェックしてください。

　２　※欄には記入しないでください。