

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 国土交通大臣の許可等の取り消し又は失効 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業等の廃止 <input type="checkbox"/> 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。