

年 月 日

(宛先)彦根市消防本部消防長

(届出者)所 在 地

名 称

代表者氏名

患者等搬送事業等認定失効届出書

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			
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または失効 2 患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)の廃止 3 認定の有効期間の満了		
備考		※受付欄	

注 1 「失効内容」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。