

様式第15号 (第12条関係)

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車いす専用）認定失効届出書

年 月 日

(あて先)太田市消防本部消防長

届出者
住 所
職・氏名

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車いす専用）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 認定の有効期間の満了		
備考			
※ 受付			

(注) 1 失効内容の欄は、該当する番号に○印をつけること。

2 ※には記入しないこと。