

第11号様式（第12条関係）

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定失効届出書

年 月 日

倉敷市消防局長 あて

（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）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 ※印の欄は、記入しないでください。