

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。