様式第１８号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患　者　等　搬　送　事　業　廃　止　届  　　年　　　月　　　日  和泉市消防長あて  届出者　住　所  氏　名  電話番号  　下記事業所について、認定内容の業務を廃止しましたので届をいたします。  記 | | |
| 事　業　所　名 | |  |
| 所　　在　　地 | | 〒　　　－  電話：　　　　（　　　　） |
| 認定事業内容 | | □　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  □　車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| 返納認定証等 | | □　認定証　□　事業者認定マーク　□　自動車認定マーク |
| 返納不能認定証等 | | □　認定証　□　事業者認定マーク　□　自動車認定マーク |
| 返納不能理由 | |  |
| ※　受　付 |  | |

ご注意

１　認定事業内容欄には、認定証に記載されている認定事業内容を□欄にチェックしてください。

２　返納認定等欄に記載されている認定証等は全て返納してください。

３　※欄には、記入しないでください。

様式第１８号の２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患　者　等　搬　送　事　業　休　止　等　届  　　年　　　月　　　日  和泉市消防長あて  届出者　住　所  氏　名  電話番号  　下記の患者等搬送事業の運営状況の届をいたします。  記 | | |
| 事　業　所　名 | |  |
| 所　　在　　地 | | 〒　　　－  電話：　　　　（　　　　） |
| 認定事業内容 | | □　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  □　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 | | 年　　　月　　　日 |
| 運営状況 | | □　認定事業の運営休止（休止日：　　　　年　　月　　日）  □　認定事業の運営再開（開始日：　　　　年　　月　　日） |
| 休止理由 | |  |
| ※　受　付 |  | |

ご注意

１　届出に係る必要な各項目の□欄にチェックしてください。

２　認定事業の休止又は再開した場合には、速やかに届けを提出してください。

３　※欄には、記入しないでください。