

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	〒 ー 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	〒 ー 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。