様式第17号（第18条関係）

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日田辺市消防長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　　所職・氏名　　　　　　　　　　印患者等搬送事業廃止届次の事業所について、認定内容の業務を廃止しましたので届をいたします。 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 電話番号　　　（　　　）　　　　　　 |
| 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※受付 |  |

注　１　該当する□欄をチェックすること。

２　返納認定証等欄に記載されている認定証等は全て返納すること。

３　※には記入しないこと。