様式第18号（第19条関係）（Ａ４）

患　者　等　搬　送　事　業　廃　止　届

年　　月　　日

大阪市消防局長　様

届出者　　住 　 所

職・氏名

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。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  | |

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

様式第18号の２（第19条関係）（Ａ４）

患　者　等　搬　送　事　業　休　止　等　届

年　　月　　日

大阪市消防局長　様

　届出者　住 　 所

　　　　　　　　職・氏名

次の事業所について、患者等搬送事業の（休止・再開）をしましたので届をいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 認定年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 休止又は廃止  年月日 | | * 休止（休止日：　　　　年　　　月　　　日） * 再開（再開日：　　　　年　　　月　　　日） |
| 休止理由 | |  |
| ※　受　　付 |  | |

注　１　該当する□欄をチェックすること

２　再開に伴い、業務内容の変更がある場合、「業務内容変更届」も併せて届け出ること

３　※には記入しないこと