

第 2 1 号様式（第 2 9 条関係）

<p>患者等搬送事業内容変更届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	
<p>(宛先) 出水市消防本部消防長</p>	
<p>届出者 住所 氏名</p> <p style="font-size: small;">〔法人その他の団体等にあつては、所在地、 団体等の名称及び代表者の氏名〕</p>	
<p>患者等搬送事業について変更がありますので、出水市患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱第 2 9 条の規定により、次のとおり届け出ます。</p>	
認定番号	
事業所名	
所在地 電話番号	
変更内容	
※受付欄	※経過欄

備考 1 乗務員名簿の変更及び患者等搬送用自動車の変更の場合は、付表を添付してください。

2 届出書は、出水市消防本部警防課へ提出してください。

3 ※印欄は記入しないでください。

(付表)

乗務員名簿変更表

氏名	患者等搬送乗務員適任証 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）		変更区分
	適任証等番号	交付年月日	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録

患者等搬送用自動車変更表

車両番号	変更区分
	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録

備考 登録の場合は、「患者等搬送用自動車届」を添付してください。