

患者等搬送事業内容変更届

年 月 日

亀山市消防長 様

(申請者)
住 所
氏 名 印

〔 法人その他の団体にあつては、主たる
事務所の所在地、名称、代表者の氏名 〕

患者等搬送事業認定（更新）申請書の内容を変更したので、亀山市患者等搬送事業者の認定等に関する要綱第9条の規定により、次のとおり届け出ます。

事 業 所 名	
所 在 地	電話 （ ）
経 営 者 又 は 管 理 責 任 者	職 氏名
認 定 番 号	号
変 更 内 容	

＊ 受付欄	＊ 経過欄
---------	---------

* 印欄は記入しないでください。

乗 務 員 名 簿 変 更 票

番号	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
		適任証番号	交付年月日	
			年 月 日	☐ 抹消 ☐ 登録
			年 月 日	☐ 抹消 ☐ 登録
			年 月 日	☐ 抹消 ☐ 登録
			年 月 日	☐ 抹消 ☐ 登録
			年 月 日	☐ 抹消 ☐ 登録

患 者 等 搬 送 自 動 車 変 更 票

番号	車両番号	変更区分	
		☐ 抹消	☐ 登録
		☐ 抹消	☐ 登録
		☐ 抹消	☐ 登録
		☐ 抹消	☐ 登録
		☐ 抹消	☐ 登録

登録の場合は、患者等搬送用自動車届（様式第3号）を添付してください。