

患者等搬送事業休止(廃止)届出書

帯広市消防長 様	年 月 日	
届 出 者 住 所 職・氏 名		
印		
患者等搬送事業者の認定について、下記のとおり事業を休止(廃止)するので届出いたします。		
記		
事業所	所在地	
	名 称	電話番号 ()
	管理責任者	職 氏名
	事業者の種別	1 患者等搬送事業者 2 患者等搬送事業者(車椅子専用)
休止(廃止)期日		年 月 日
休止(廃止)する理由		
※ 受 付 欄		※ 経 過 欄

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 ※印欄には記入しないこと。
- 3 事業者の種別欄は、該当する番号に○印を付すこと。