

患者等搬送事業休止・廃止届出書

年 月 日	
日光市消防長 様	
(申請者) 所在地	
名 称	
代表者氏名 ㊟	
患者等搬送事業の休止・廃止について下記のとおり届け出ます。	
事業所名	
事業所の所在地	電話 ()
認定年月日 認定番号	年 月 日 認定 第 号
届出区分	1 全部休止 2 一部休止 () 3 廃止
休止・廃止の理由	
※受付欄	※経過欄

- 注 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
 2 ※には記入しないこと。
 3 2部提出すること。
 4 「届出区分」の欄は、該当する番号を○で囲むこと。