患者等搬送事業廃止届

年　　月　　日

　下田消防本部消防長　　様

申請者

住　所

氏　名

電　話

　次の事業を廃止しましたので届け出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 電話　　　　　　（　　　　） |
| 認定番号 |  |
| 認定事業内容 | □　ストレッチャー、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 |
| ※受付欄 | ※経過欄 |
|  |  |

備考

　１　証票及び認定証を添付すること。

　２　※には記入しない。

　３　認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること。