

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。