

業 務 休 止 届

年 月 日

下田消防本部消防長 様

届出者  
住 所  
氏 名  
電 話

次のとおり、業務を休止しますので届け出いたします。

事業所名	
所在地	電話 ( )
認定証番号	
認定業務内容	<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
休止期間	年 月 日 から 年 月 日
(休止内容)	
※受 付	※経 過

備考

- 1 休止内容のわかる計画書等がある場合は添付すること。
- 2 認定事業内容は、認定を受けている□欄をチェックすること。
- 3 ※には記入しないこと。