

様式第21号

患者等搬送事業廃止届

年 月 日

北上地区消防組合消防本部
消防長 様

申請者
住 所
氏 名

患者等搬送事業を廃止したので、届け出ます。

事業所名	
所在地	〒 ー 電話 ()
管理責任者 職 ・ 氏名	
認定証交付 年月日 ・ 番号	年 月 日 第 号
事業者種別	1 患者等搬送事業者 2 患者等搬送事業者 (車椅子専用)
廃止年月日	年 月 日
理由	
※ 受付	※ 経過欄

備考

- 1 事業者種別の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 2 ※の欄は、記入しないでください。