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 | 〒　　　－　　　　　　　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、該当する番号を〇印で囲んでください。

２　※の欄は、記入しないでください。