様式第18号

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日　（宛先）さいたま市消防局長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（管理責任者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　次のとおり、患者等搬送事業の廃止（休止）届出をします。 |
| 事業者 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 管理責任者職・氏名 |  |
| 認定番号 | 第　　　　　号 |
| 廃止（休止）の理　　由 |  |
| 廃止日又は休止期間 |  |
| ※受付欄 | ※備　考 |

患者等搬送事業廃止（休止）届

※欄は記入しないでください。