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。