様式第２３号（第２８条関係）

患者等搬送事業休廃止届

|  |
| --- |
| 年　　月　　日我孫子市消防長　あて（申請者）住所職・氏名　　　　　　　　　　　印 |
| 申請区分 | □事業休止□事業廃止 |
| 認定番号 | 第　　　　号 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話　　（　　） | FAX　　（　　） |
| 管理責任者職・氏名 |  |
| 休廃止届出理由 |  |
| ※受付欄 | ※経過欄 |
|  |  |

備考

１　※印欄は記入しないでください。