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。