

患者等搬送事業 廃止（休止）届

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。

事業所	名 称	
	所在地 (電話番号)	電 話 ()
管理責任者 職 ・ 氏名		
認 定 番 号	第 号	
廃止（休止）の 理 由		
※ 受 付 欄		※ 備 考

(注) ※欄は記入しないでください。