

年 月 日

患者等搬送事業 休止・廃止 届

猪名川町消防長 様

申請者

住 所

氏 名

印

下記の事業所について業務を休止・廃止いたします。

記

事 業 所 名	
所 在 地	
管理責任者・職氏名	
認 定 番 号	第 号
休止期間又は廃止年月日	年 月 日 ～ 年 月 日
休止・廃止の理由	
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄

(注)※印の欄は、記入しないこと。