

年 月 日

(宛先)彦根市消防本部消防長

(届出者)所 在 地

名 称

代表者氏名

患者等搬送事業等休止届出書

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)の休止について次のとおり届け出ます。

事 業 所 名			
所 在 地			
認 定 年 月 日	年 月 日	認定番号	第 号
休 止 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
休 止 内 容	1 全部 2 一部()		
休 止 理 由			
備 考		※受付欄	

注 1 「休止内容」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。