

休止届出書

年 月 日

新見市消防長 様

届出者  
所在地  
名称  
代表者氏名

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。

事業区分	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業		
事業所名			
所在地			
認定年月日	年 月 日	認定番号	第 号
休止期間	年 月 日から 年 月 日まで		
休止内容	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部		
休止理由			
備考		※受付欄	

注1 休止内容の欄は、該当するものにチェックしてください。

2 ※欄には記入しないでください。