様式第１４号

|  |
| --- |
| **患者等搬送事業休止（廃止）届**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　遠賀郡消防本部消防長　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　患者等搬送事業について、事業を休止（廃止）するため、下記のとおり届出いたします。記 |
| 事業所名 |  |
| 所在地・連絡先 | 　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　） |
| 認定番号 | 第　　　　　号 |
| 休止（廃止）日 | 年　　　月　　　日 |
| 休止（廃止）理由 |  |
| ※ 受付欄 |

※欄には記入しないこと。