様式第19号（第27条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **患者等搬送事業休廃止届**  　　年　　月　　日  四国中央市消防長　様  申請者  住所  職・氏名  患者等搬送事業の休廃止について下記のとおり申請します。 | | |
| 申請区分 | □　事業休止  □　事業廃止 | |
| 認定番号 | 第　　　　　　　号 | |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話　　　　（　　　　） | |
| 休廃止届理由 |  | |
| ※受付欄 | | ※経過欄 |

１　届出書は、四国中央市消防本部警防課へ提出してください。

２　※印欄は記入しないでください。