第１３号様式（第１４条関係）

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用）休止届出書

年　　月　　日

茅ヶ崎市消防長

（届出者）
所　在　地

事 業 所 名

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　所　名			
所　在　地	電話　　（　　）		
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、該当する番号に〇印を付けてください。
　　2　※印の欄は記入しないでください。