

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

倉敷市消防局長 あて

(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 ※印の欄は、記入しないでください。