様式第18号(第33条)

<table>
<tr><td colspan="2">患者等搬送事業休廃止届

上田地域広域連合
消防長　　様

届出者
住　所
氏　名　　印</td></tr>
<tr><td>事 業 所 名</td><td></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td></td></tr>
<tr><td>管 理 責 任 者</td><td>電話　　－</td></tr>
<tr><td>認 定 区 分
（認定番号）</td><td>□　ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車による患者搬送事業（第　　号）
□　患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業
（第　　号）</td></tr>
<tr><td>休廃止の理由</td><td></td></tr>
<tr><td>休廃止の期間</td><td>休止　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
廃止　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>※　受　付</td><td></td></tr>
</table>

備考

1　法人にあっては、その名称、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記入すること。

2　※欄には記入しないこと。