

様式第8号（第8条関係）

患 者 等 搬 送 事 業 休 廃 止 届 年 月 日 亀山市消防長 様 (申請者) 住 所 氏 名 ㊟ 〔 法人その他の団体にあつては、主たる 事務所の所在地、名称、代表者の氏名 〕 患者等搬送事業を休止・廃止したので、亀山市患者等搬送事業者の認定等に関する要綱第8条の規定により、次のとおり届け出ます。	
届 出 区 分	☐ 事業休止 ☐ 事業廃止
事 業 所 名	
所 在 地	電話 ()
経 営 者 又 は 管 理 責 任 者	職 氏名
認 定 番 号	号
休 廃 止 届 理 由	
* 受付欄	* 経過欄

*印欄は記入しないでください。