

第4号様式（第6条第1項関係）

応急手当協力認定事業所取消し申出書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

届出者
住 所
氏 名

当事業所は、応急手当協力認定事業所制度実施要綱第6条第1号の規定により、応急手当協力認定事業所の取消しを申出します。

| | | | | |
|-------------|-------------|-------|--------------|--|
| 申 出 者 | 事業所名 | | | |
| | 代表者職氏名 | (職名) | (氏名) | |
| | 所在地 連絡先等 | 船橋市 | TEL () | |
| | 交付日 交付番号 | 年 月 日 | 交付番号 | |
| | 認定取消し日 | 年 月 日 | | |
| | 認定取消し 事由 | | | |
| 備 考 欄 | | | 受 付 | |