

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	