令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　　様

申出者住所

　　　　 　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　　　名

　　　　　 （法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　 電 話 番 号

　　　　　　　　　　　　　　　 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

救急業務協力に関する変更申出書

更新の期限が満了しましたが、このたび下記の理由により、新たに更新は行いません。

記

　１　理由

　２　病院等の名称

　３　病院等の所在地

　４　管理者住所

　５　管理者氏名

　６　期限が満了する日　　　　　　　令和　　年　　月　　日