様式第６号（第８条関係）

|  |
| --- |
| 患者等搬送事業認定（更新）申請書　　　　　年　　月　　日　　　新見市消防長　様申請者所在地名　称代表者氏名　患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）について、次のとおり申請します。 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 電話　　　（　　　）　　　　　 |
| 管理責任者・職氏名 |  |
| 国土交通省免許登録番号 |  |
| 申請事業内容 | □ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業□車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| 定款に定める事業内容 |  |
| 備　考 |  | ※ 受　付 |  |

注　※欄には記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業区域 |  |
| 営業時間 |  |
| 乗務員数 | 総　数 |  | 昼 |  | 夜 |  |
| 制　服 | 色 |  | 形　式 |  |
| 年間営業実績 | 病院への通入院 |  | 老人ホームへの送迎 |  |
| 退　院 |  | 旅　行 |  |
| 転　院 |  | その他 |  |
| 事業案内書の有無 | 有・無 | 有の場合は案内書を添付してください。 |
| 特定病院との契約の有無 | 有・無 | 有の場合は医療機関名及び契約内容を記入してください。 |
|  |
| 特定行政機関との　契約の有無 | 有・無 | 有の場合は行政機関名及び契約内容を記入してください。 |
|  |
| その他 |  | 会員数 | 人 |
| 使用車両台数 | 患者等搬送用自動車数 | 台 | 患者等搬送用自動車（車椅子専用） | 台 |