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 | |