

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	