

(表)

患者等搬送事業認定(更新)申請書

年 月 日	
海部東部消防組合消防長 殿	
申請者	
住 所	
職・氏名	
電話番号	
下記により患者等搬送事業の認定(更新)を申請いたします。	
記	
事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
国土交通省免許登録番号	
定款に定める事業内容	
※ 受付欄	※ 経過欄

- 備考
- 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
 - 2 法人にあつては、その名称・代表者氏名・主たる事務所の所在地を記載すること。
 - 3 必要な書類を添付し、2部提出すること。
 - 4 ※印の欄には、記入しないこと。

(裏)

営業区域							
営業時間				料金			
乗務員数	総数	名		昼	名	夜	名
制服	色			形式			
年間営業実績数 件	病院への 通入	の 院	件	老人ホームへの 送迎	件		
	退	院	件	旅	行	件	
	転	院	件	そ	の	他	件
事業案内書の 有無	有・無	有の場合は、案内書を添付すること。					
特定医療機関 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すること。					
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すること。					
その他	会員数			会費			

様式第4(その2)(第3条関係)

患者等搬送用自動車の写真を貼付すること。

〈車両前面〉

〈車両後面〉

備考 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

患者等搬送用自動車の写真を貼付すること。

〈車両右側面〉

〈車両左側面〉