様式第７号（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者等搬送事業認定（更新）申請書 | |
|  | |
| 年　　月　　日 | |
|  | |
| 消防長 | |
|  | |
|  | |
| 申請者 | |
| 住所 | |
| 職氏名　　　　　　　　　 印 | |
|  | |
| 患者等搬送事業の認定（更新）について下記のとおり申請します。 | |
|  | |
| 記 | |
| 申請区分 | 患者等搬送用自動車(兼用)による患者搬送事業  　患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業 |
| 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 |  |
| 定款に定める事業内容 |  |

備考　１　氏名を自筆で記入したときは、押印を省略できます。

　　　２　必要な関係書類を添付してください。

　　　　３　２部提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営　業　区　分 |  | | | | | | | | | | |
| 営　業　時　間 |  | | | | | 料 金 |  | | | | |
| 乗　務　員　数 | 総 数 |  | | | | 昼 |  | | 夜 |  | |
| 制　　　服 | 色 |  | | | | | 形　式 | |  | | |
| 年間営業  実績件数 | 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すること。 | | | | | | | |
| 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する | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 特定行政機関  との  契約の有無 |  | | | | | | | | | | |
| その他 | 会員数 | |  | | | | 会　費 |  | | | |