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 |  |