

様式第7号（第5条関係）

<p>患者等搬送事業認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">消防長</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">職氏名 印</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
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 ー
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		