

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
(申請者) 住所 職・氏名	
印	
患者等搬送事業の認定（更新）について次のとおり申請いたします。	
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用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患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送業務
事 業 所 名	
所 在 地	〒
連 絡 先	電話 () FAX ()
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 必要な関係書類を添付すること。
- 2 2部作成し、提出すること。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

営 業 区 域						
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	病 院 へ の 通 入 院			老 人 ホ ー ム へ の 送 迎		
	退 院			旅 行		
	通 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載してください。				
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載してください。				
そ の 他	会員数			会 費		