様式第３号（第８条関係）

患者等搬送事業者認定（更新）申請書

年　月　日

　　日置市消防本部

　　　消防長　　　　　　様

申請者　所在地

名称

代表者氏名

　　患者等搬送事業者の認定（更新）について、下記のとおり申請します。

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 |  |
| 注１　必要な関係書類を添付すること。　２　２部提出すること。　３　※欄には記入しないこと。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 営業区域 |  |
| 営業時間 |  |
| 乗務員数 | 総数 |  | 昼 |  | 夜 |  |
| 会員数 | 　　　　　人 |
| 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 |  |
| 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入してください。 |
|  |  |
| 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入してください。 |
|  |  |
| 使用車両台数 | 患者等搬送用自動車数 | 台 | 患者等搬送用自動車（車椅子専用）数 | 台 |
| その他 |  |