様式第１１号（第２２条関係）

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 | □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□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。

（その２）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |