

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車いす専用）認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先)太田市消防本部消防長</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 職・氏名</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車いす専用）の認定（更新）について次のとおり申請 します。</p>	
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	
※ 受 付	

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

(裏)

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こと。				
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すること。				
その他	会員数			会費		
使用車両台数	患者等搬送用自動車	台		患者等搬送用自動車(車いす専用)	台	