

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日

志太広域事務組合
消防長 殿

住 所
申請者
氏 名

患者等搬送事業の認定（更新）について、下記のとおり申請いたします。

記

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	
定款に定める事務内容	
※受 付	

- 備考
- 1 法人にあつては、その名称、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記入すること。
 - 2 患者等搬送事業であることを証明する事業許可等の写しを添付すること。
 - 3 2部提出すること。

車両写真貼付

(右側面)

(左側面)

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		