

別記様式第2号

患者等搬送事業認定(更新)申請書 年 月 日 猪名川町消防長 様 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	
国土交通省許可番号	
定款に定める 事業内容	
※ 受 付	

- (注) 1 ※印の欄は、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。

(その2)

営業区域										
営業時間						料 金				
乗務員数	総数	人	昼間 夜間	人 人		車 両 台 数	ストレッチャー及び 車椅子固定		台	
制服	色		形式				車椅子専用		台	
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				
事業内容書の有無	有・無		有の場合は案内書を添付すること							
特定医療機関との 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 施 設 と の 契 約 の 有 無	有・無		有の場合は施設名及び契約内容を記入すること							
そ の 他	会員数				会 費					