（その１）

|  |
| --- |
| **患者等搬送事業認定（更新）申請書**　　年　　月　　日　　 菰野町消防長 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□　患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業 |
| 事業所名 |  |
| 所在地連絡先 | 電話　　　　（　　　　） |
| 経営者又は管理責任者 | 職　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 国土交通省免許登録番号 | ○写しを添付してください。 |
| 定款に定める事業内容 |  |
| 営業区域 |  |
| 営業時間 |  |
|  |  |
| ＊　受付欄 | ＊　経過欄 |

１　乗務員名簿（様式第９号）及び患者等搬送用自動車届（様式第10号）を添付してください。

２　申請書は、菰野町消防署へ提出してください。

３　＊　印欄は記入しないでください。

（その２）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員数 |  | 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 |  |