

第1号様式（第4条関係）

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書

年 月 日

倉敷市消防局長 あて

（申請者）

所在地

名称

代表者氏名

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）について、次のとおり申請します。

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			
備考		※ 受付	

注1 ※には記入しないでください。

2 免許証の写し等，関係書類を添付してください。

3 2部提出してください。

営業区域						
営業時間						
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		
	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入してください。				
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入してください。				
その他				会員数	人	
使用車両台数	患者等搬送用自動車数	台		患者等搬送用自動車(車椅子専用)	台	