

様式第 8 号 (第 23 条関係)

患者等搬送事業認定 (更新) 申請書	
年 月 日	
夷隅郡市広域市町村圏事務組合 消防長 様	
申請者 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	
申請区分	<input type="checkbox"/> 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搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動自動車 (車椅子専用) による患者搬送事業
事業所名	
所在地	〒 - 電話番号 ()
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 欄	※ 経 過 欄

- (注) 1 必要な関係書類を添付すること。
2 ※には記入しないこと。

営業区域							
営業時間				料 金			
乗務員数	総数	名		昼	名	夜	名
制 服	色			型式			
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					
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					
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					
その他	会員数			会 費			