

<p>患者等搬送事業認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上田地域広域連合 消防長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子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 <input type="checkbox"/> 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	電話 ー
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	

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 必要な関係書類を添付すること。
- 3 2部提出すること。
- 4 ※欄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		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			
その他	会員数		会費		