

（裏）

営業区域									
営業時間				料金					
患者等搬送用自動車台数		患者等搬送用自動車		台		患者等搬送用自動車 （車椅子専用）		台	
乗務員 総数	人	患者等搬送業務		昼 夜	人 人	患者等（車椅子専用） 搬送業務		昼 夜	人 人
制服		色				型式			
年間営業実績件数		医療機関への通入院				社会福祉施設への送迎			
		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		有の場合は行政機関名及び契約内容を記入すること					
申請者が所有する他 の患者等搬送事業所		有・無		有の場合は事業所の名称及び所在地を記入すること					
その他		会員数				会費			
備考									