（表）

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年　　月　　日

下田消防本部消防長　様

申請者

住　所

氏　名

電　話

次のとおり患者等搬送事業認定（更新）を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者等搬送事業の種別 | □　ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業  □　車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－  電話　　　　　　（　　　） |
| 管理責任者　職・氏名 |  |
| 国土交通省許可等番号 |  |
| 定款に定める事業内容 |  |
| * 受付欄 | 備考 |
|  |  |

備考

　１　患者等搬送事業の種別欄は、認定・更新申請に該当する項目の□欄をチェックすること。

　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　※には記入しないこと。

（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　　　人  夜　　　人 | | 患者等（車椅子専用）  搬送業務 | | | | 昼　　　人  夜　　　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 | |  | | | | | | | | | |