



(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									