

様式1 (その1) (第4条関係)

患者等搬送事業認定(更新)申請書

		平成 年 月 日
帯広市消防長 様		
		申請者 住所 職・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		
事業所	所在地	帯広市
	名称	
	管理責任者 職・氏名	電話番号 () 職 氏名
道路運送法に定める免許等	免許等種別 免許等番号	
事業開始年月日	年 月 日	
搬送事業の内容		
※受付欄		※経過欄

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 法人にあっては、その名称、代表者氏名を記入すること。
- 3 ※印欄には記入しないこと。

様式1 (その2) (第4条関係)

事業区域			
事業時間	時	分から	時 分までの 時間体制
料金			
事業実績	病院への通院		回 人
	病院への入院		回 人
	病院からの退院		回 人
	老人ホーム等への送迎		回 人
	観光等の目的による搬送		回 人
	入浴等の福祉搬送		回 人
	感染症等患者の搬送		回 人
	その他		回 人
搬送自動車台数	ワゴンタイプ		台
	ライトバンタイプ		台
	その他のタイプ		台
乗務員数	昼間	名、夜間	名、合計 名
搬送時の服装	色彩		形状
事業案内用パンフレット等の有無	有 ・ 無	有りの場合は、案内用パンフレット等を添付すること。	
特定機関(病院を含む)との契約の有無	有 ・ 無	契約機関名	
会員制の有無	有 ・ 無	会員数 世帯(名)	
		会 費	

備考

この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。