

別 記

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

(宛先)彦根市消防本部消防長

(申請者)所 在 地

名 称

代表者氏名

患者等搬送事業等認定(更新)申請書

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)の認定(更新)について次のとおり申請します。

事 業 所 名			
所 在 地	電話 ()		
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			
備 考		※ 受 付	

営 業 区 域						
営 業 時 間						
乗 務 員 数	総 数		昼		夜	
制 服	色			形 式		
年 間 営 業 実 績	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、案内書を添付してください。				
特定病院との契約 の 有 無	有・無	有の場合は、 医療 機関名および契約内容を記入してください。				
特定行政機関との 契 約 の 有 無	有・無	有の場合は、 行政 機関名および契約内容を記入してください。				
そ の 他				会員数	人	
使 用 車 両 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	

注 1 ※には記入しないでください。

2 必要な免許証の写し等、関係書類を添付してください。

3 2部提出してください。