

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日	
熊本市消防局長（宛）	
申 請 者 住 所 職・氏名	
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 名	
所 在 地	電 話
管 理 責 任 者 名 職 ・ 氏 名	
国 土 交 通 省 免 許 登 録 番 号	
定 款 に 定 め る 事 業 内 容	
※ 受 付	

- (注) 1. ※には記入しないこと。  
2. 必要な関係書類を添付すること。

様式第1号

営業区域							
営業時間				料金			
乗務員数	総数			昼			夜
制服	色				形式		
年間営業数 実績件数	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。				
行政機関との 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。				
その他	会員数				会費		