様式第１号

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 |  |