

様式第 6 号

<p>患者等搬送事業者認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>柏原羽曳野藤井寺消防組合 消 防 長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 職・氏 名 印</p> <p>患者等搬送事業者認定（更新）について下記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
管 理 責 任 者 名 職 ・ 氏 名	
国 土 交 通 省 認 可 書 番 号	
認 定 事 業 内 容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
定 款 に 定 め る 業 務 内 容	
※ 受 付	

- 注 1 患者等搬送事業者認定（更新）申請に係る事業内容を□欄にチェックすること
 2 ※には記入しないこと
 3 必要な関係書類を添付すること
 4 2部提出すること

営業区域						
営業時間				料金		
患者等搬送用自動車台数		<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車 台 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 台				
乗務員数	総数	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車 <div style="text-align: right;">昼 名 夜 名</div> <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 <div style="text-align: right;">昼 名 夜 名</div>				
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			
その他		会員数			会費	