様式第11号(第20条関係)(その1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者等搬送事業認定(更新)申請書  年　　月　　日  五所川原地区消防事務組合  消防長　　　　　　　殿 | | |
|
| 申請者  住　所  氏　名    患者等搬送事業の認定(更新)について次のとおり申請いたします。 | | |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話 (　　　)　　　― | |
| 管理責任者　職・氏名 |  | |
| 認定区分 | 1　新　規　・　2　更　新 | |
| 申請区分 | 1　患者等搬送用自動車による患者等搬送事業  　2　患者等搬送用自動車(車椅子専用)による患者等搬送事業 | |
| 国土交通省免許登録番号 |  | |
| 定款に定める事業内容 |  | |
| ※ 受 付 欄 | | ※ 経 過 欄 |
|  | |  |

備考　1　必要な免許証の写し等、関係書類を添付すること。

2　2部提出すること。

3　※欄には記入しないこと。

様式第11号(第20条関係)(その2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | |
| 特定医療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 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | |