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 |  |