

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		