

第1号様式（第4条関係）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>会津若松消防本部 消防長</p> <p style="text-align: center;">（申請者） 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）について次のとおり申請します。</p>			
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	※写しを添付		
定款に定める 事業内容			
備考	<p>・消防本部ホームページからの事業所ホームページへのリンクについて</p> <p style="text-align: center;">希望する ・ 希望しない</p> <p>・事業所ホームページへのリンクを希望する場合のホームページアドレス</p>	※ 受 付	

注1 ※には記入しないでください。

2 必要な免許証の写し等、関係書類を添付してください。

営 業 区 域						
営 業 時 間						
乗 務 員 数	総 数		昼		夜	
制 服	色				形 式	
年 間 営 業 実 績	病院への通入院			社会福祉施設等への送迎		
	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してください				
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してください				
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してください				
そ の 他				会員数	人	
使用車両台数	患者等搬送用自動車	台		患者等搬送用自動車 (車椅子専用)	台	