

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日	
八千代市消防長 あて	
申請者（経営者）	
住所	
職・氏名	
印	
患者等搬送事業認定（更新）について下記のとおり申請いたします。	
記	
事業所名	
所在地	電話 ()
管理責任者 職・氏名	
運輸省免許登録 番 号	
定款に定める 事業内容	
※ 受 付	

備考

- 1 ※は記入しないこと。
- 2 必要な関係書類を添付すること。
- 3 2部提出すること。

(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		