



営業の区域						
営業の時間		料金				
患者等搬送用自動車の 所有総数 (内車椅子専用台)	台	患者等搬送事業を している営業所等 の名称・所在地				
従業員総数	名	適任証取得者	名	その他の従業員	名	
制服	色		形式			
年間の営業	病院等通入院		老人ホームへの送迎			
	退院					
	転院					
事業案内の有無	有・無	有りの場合は、案内書を添付すること。				
医療機関等との 搬送契約の有無	有りの場合は、医療機関等の名称及び契約概要を記入すること。					
会員数	名	会費	入会金	有・無	月会費	有・無
			年会費	有・無	その他	
(備考)						