

様式第11号（表面）（第23条、第27条関係）

患者等搬送事業者認定（更新）申請書	
年 月 日	
西はりま消防組合消防長 様	
申請者 住 所 氏 名 ㊟	
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（ ） FAX（ ）
事業所代表者 職・氏名	
国土交通省 免許登録番号等	
定款に定める事業内容	
※ 受 付	※ 経 過

（注意）

- 1 添付書類（国土交通省免許登録の写し、乗務員名簿、患者等搬送用自動車表、患者等搬送用自動車資器材表）及び制服並びに患者等搬送用自動車のカラー写真（正面、両側面、背面のサービス版各1枚）を添えて提出すること。
- 2 ※印欄は記載しないこと。

様式第11号（裏面）

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)						