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　　台  （内車椅子専用　　　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） | | | | | | | | | | | | | | | |