

患者等搬送事業認定 (更新) 申請書

年 月 日	
横須賀市消防局長 様	
申請者 (経営者) 住 所 職 氏 名 印	
患者等搬送事業の認定 (更新) について、下記のとおり申請いたします。	
事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 (車椅子専用)
事業所名	
所在地 連絡先	電話 ( )
管理責任者 職 氏 名	
国土交通省 許可登録番号	
定款に定める 事業内容	
* 受付欄	* 経過欄

- (注) 1 必要な関係書類を添付すること。  
2 2部作成し、提出すること。  
3 受付欄に記入しないこと。

営業区域					
営業時間			料金		
乗務員数	総乗務員数		昼	夜	
制服	色			型式	
年間営業実績件数	病院への通入院			老人ホーム等への送迎	
	退院			旅行	
	転院			その他	
事業案内書の有無	有 ・ 無		※有り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		※有り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		※有りの場合は行政機関名及び契約内容を記入すること。		
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
その他				会員数	人