別　記

　第１号様式

患者等搬送事業者認定申請書

年　　月　　日

　（あて先）成田市消防長

申請者

　患者等搬送事業者の認定を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 電話 |
| 管理責任者職氏名 |  |
| 国土交通省の許可又は登録 | □一般貸切旅客自動車運送事業□一般乗用旅客自動車運送事業□特定旅客自動車運送事業□自家用有償旅客運送 |
| 定款に定める事業内容 |  |
| ホームページ | □　有　　　　　　　□　無 |
| パンフレット | □　有　　　　　　　□　無 |
| 営業区域 |  |
| 営業時間 |  |
| 乗務員数 | 総数 | 人 | 昼 | 人 | 夜 | 人 |
| 備　考 | 受　付 |
|  |  |

（裏）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年間営業実績 | 入院 |  | 通院 |  |
| 転院 |  | 退院 |  |
| 社会福祉施設への送迎 |  | その他 |  |
| 特定病院との契約の状況 |  |
| 特定行政機関との契約の状況 |  |
| 会員数 | 人 |
| 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 |