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 |