第１号様式の１（第３条第１項、第５条）

患者等搬送事業認定（更新）申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　月　 日

　船橋市消防局長　あて

（申請者）所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　 印

電　話

船橋市患者等搬送事業認定基準第３条第１項（第５条）に基づき、認定

（更新）を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 所 名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 管 理 責 任 者職 ・ 氏 名 | 電話　　　(　　　) |
| 国 土 交 通 省 許 可登 録 番 号 |  |
| ※　　受　付　欄 | ※　　　　　　経　　過　　欄 |
|  |  |

**※**印の欄は、記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 定款に定める事業内容 |  |
| 営 業 区 域 |  |
| 営 業 時 間 | 時　　分 から時　　分 まで | 料　金 | 　　　　　　　円 |
| 乗 務 員 数 | 総 数 | 　　　　 人 | 昼 | 人 | 夜 | 　　 人 |
| 乗務員の服装 | 色 | 　 | 形 状 等 |  |
| 年 間 営 業実 績 件 数 | 病院への通入院 | 　　　 件 | 施設等への送迎 | 　　 　件 |
| 退　院 | 　　 　 件 | その他 | 　　 　件 |
| 転　院 | 　　　 件 | 合　計 | 　　 　件 |
| 営業案内の有・無 | 有 ・ 無 | 有の場合は、パンフレット等を添付してください。 |
| 特定病院との契約の 有・無 | 有 ・ 無 | 有の場合は、医療機関名及び契約内容を記入してください。 |
|  |
| 特 記 事 項 |  |