

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										