

第1号様式の2（第3条第1項、第5条）

患者等搬送事業認定（更新）申請書
（車椅子専用）

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						