別記様式第１９号

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年　　月　　日

（あて先）　千葉市消防局長

　　　　　　　申　請 者　氏　名

　　　　　　　　 　　 　住　所

　　　　　　　　 　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　 　連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　＠

次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | □　ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車による患者等搬送事業□　患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－電話　　　（　　　）　　　　 |
| 管理責任者職・氏名 |  |
| 国土交通省免許　　登録番号 |  |
| 定款に定める事業内容 |  |
| ※受　　付 |  |

（注）１　※には記入しないこと。

２　必要な関係書類を添付すること。

３　２部提出すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業区域 |  |
| 営業時間 |  | 料金 |  |
| 乗務員数 | 総数 |  | 昼 |  | 夜 |  |
| 制服 | 色 |  | 形式 |  |
| 年間営業実績件数 | 病院への通入院 |  | 老人ホームへの送迎 |  |
| 退院 |  | 旅行 |  |
| 転院 |  | その他 |  |
| 事業案内書の有無 | 有・無 | 有の場合は案内書を添付すること |
| 特定医療機関との契約の有無 | 有・無 | 有の場合は医療機関名及び契約内容を記入すること |
|  |  |
| 特定行政機関との契約の有無 | 有・無 | 有の場合は行政機関名及び契約内容を記入すること |
|  |  |
| その他 | 会員数 |  | 会　費 |  |