

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	〒 ー 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	