様式第７号（その１）

|  |  |
| --- | --- |
| **患者等搬送事業認定（更新）申請書**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  遠賀郡消防本部  消防長　　　　　　　　様  申 請 者  住　　所  職・氏名  　　患者等搬送事業の認定（□新規・□更新）について次のとおり申請いたします。 | |
| 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　よる患者搬送事業  □　車椅子専用の患者等搬送用自動車による患者等搬送事業 |
| 事業所名 |  |
| 所 在 地  連 絡 先 | 電話　　　（　　　　） |
| 管理責任者 | 職　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 道路運送法に  定める許可等 | 【許可等種別】 |
| 【許可等番号】第　　　　　　　　　号 |
| 定款に定める  事業内容 |  |
| ※ 受付欄 | |

１　※印欄は、記入しないこと。

２　道路運送法に定める許可等を受けていることを証明する事業所の許可証等の

写しを添付すること。

３　患者等搬送用自動車の自動車検査証の写しを添付すること。

様式第７号（その２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業区域 |  | | | | | | | | | |
| 営業時間 | 時　　　分から　　　時　　　分までの　　　時間体制 | | | | | | | | | |
| 患者等搬送用  自動車台数 | ストレッチャー  及び車椅子等 | | | 台 | | | 車椅子専用 | | | 台 |
| 乗務員数 | 総数 | 名 | | | | 昼 | 名 | | 夜 | 名 |
| 制服（※１） | 色 |  | | | | 形式 |  | | | |
| 年間営業  実績件数 | 病院への通院数 | | 件 | | | 福祉施設等への送迎 | | 件 | | |
| 退院 | | 件 | | | 旅行 | | 件 | | |
| 転院 | | 件 | | | その他 | | 件 | | |
| 事業所案内の有無 | □有・□無 | | 有の場合は、パンフレットやホームページ画面を印刷  したもの等、関係書類を添付すること。 | | | | | | | |
| 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載すること。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 特定行政機関との  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載すること。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| そ の 他 | 会員数 | | 名 | | 料　金  （※２） | |  | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |

　※１　制服欄については、写真等の添付があれば、記入不要。

　※２　料金欄については、料金表等の写しの添付があれば、記入不要。