



営 業 区 域				
営 業 時 間				
乗 務 員 数				
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	
使用車両台数	患者等搬送用自動車		患者等搬送用自動車 (車椅子専用)	