

様式第6号(第17条関係)

患者等搬送事業認定(更新)申請書

年 月 日	
(宛先) 伊勢崎市消防長	
(申請者)	
住 所	
職・氏名 <span style="float: right;">㊟</span>	
<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 認定</span> <span style="margin-left: 300px;">の</span> <span style="margin-left: 100px;">について次のとおり申請します。</span> <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者(車椅子専用) <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 更新</span>	
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	
※ 受付欄	※ 経過欄

- (注) 1 ※印欄には記入しないこと。  
 2 必要な関係書類を添付すること。

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)	