様式第８号（第21条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者等搬送事業認定（更新）申請書**  　　年　　月　　日  四国中央市消防長　様  申請者  住所  職・氏名  患者等搬送事業の認定（更新）について下記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） | | | | |
| 事業所名 |  | | | | |
| 所在地 | 電話　　　　（　　　　） | | | | |
| 経営者又は  管理責任者 | 職 | | | 氏名 | |
| 国土交通省  免許登録番号 | 写しを添付して下さい。 | | | | |
| 定款に定める  事業内容 |  | | | | |
| 営業区域 |  | | | | |
| 営業時間 |  | | 料金 | |  |
|  | | | | | |
| ※受付欄 | | ※経過欄 | | | |

１　乗務員名簿（別記様式第９号）及び患者等搬送用自動車届（別記様式第１０号）を添付してください。

２　申請書は、四国中央市消防本部警防課へ提出してください。

３　※印欄は記入しないでください。

別記様式第８号（その２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | |
|  | | | | | | | |
| 使用車両台数 | 患者等搬送用自動車 | | 台 | | 患者等搬送用自動車  （車椅子専用） | | 台 | |
| その他 |  | | | | 会員数 | | 人 | |