

神戸市病院送迎紹介コールセンター登録申請書

年 月 日

神戸市消防長 宛

申請者

氏 名

印

神戸市病院送迎紹介コールセンターの登録について下記のとおり申請します。なお、登録にあたっては、要綱を遵守します。

(フリガナ) 事業者名			
所在地		〒 電話 () FAX ()	
事業者の代表 職・氏名			
利用者搬送事業を 実施する営業所等 の名称・所在地		電話 () FAX ()	
受付時間	<input type="checkbox"/> 24時間 平日 <input type="checkbox"/> : ~ : 土日祝 <input type="checkbox"/> : ~ :	営業時間	<input type="checkbox"/> 24時間 平日 <input type="checkbox"/> : ~ : 土日祝 <input type="checkbox"/> : ~ :
受付対応 電話番号	*市外局番から記入してください	利用者 電話番号 通知先	<input type="checkbox"/> 要 (携帯番号) () <input type="checkbox"/> 不要
対応可能 エリア	<input type="checkbox"/> 兵庫県内 <input type="checkbox"/> 神戸市外の 対応可能市町村 ()		
車両 台数	全 台	介助等の 実施状況	<input type="checkbox"/> 階段介助可能
	うち <input type="checkbox"/> 車椅子対応車両 台		<input type="checkbox"/> 乗降介助可能
	<input type="checkbox"/> リクライニング 車椅子対応車両 台		<input type="checkbox"/> ベッド移譲可能
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー 対応可能車両 台		<input type="checkbox"/> その他 ()
従業員 数	全体 名	介護保険 利用 可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	うち、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士の有資格者 (名)		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護員の有資格者 (名)	緊急時 Eメール アドレス	
	<input type="checkbox"/> サービス介助士の有資格者 (名)		
	<input type="checkbox"/> (一財)全国福祉輸送サービス協会実施 の福祉タクシー乗務員研修終了者 (名)		
<input type="checkbox"/> (一社)全国ハイヤー・タクシー協会実施 のケア輸送サービス従事者研修終了者 (名)			
(備考)			