様式第８号（表面）（第21条，第25条関係）

患者等搬送事業者認定（更新）申請書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日神戸市消防長　宛申請者氏　名　　　　　　　　　患者等搬送事業認定（更新）について下記のとおり申請します。記 |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 電話（　　　）　　　　　FAX（　　　）　　　　　 |
| 事業者の代表職・氏名 |  |
| 国土交通省免許登録番号等 |  |
| 定款に定める事業内容 |  |
| 患者等搬送事業を実施する営業所等の名称・所在地 | 電話（　　　）　　　　　FAX（　　　）　　　　　 |
| ※受付 | ※経過 |
|  |  |

（注）１　添付書類（国土交通省免許登録の写し，乗務員名簿，患者等搬送用自動車表，

患者等搬送用自動車資器材表及び制服と患者等搬送用自動車のカラー写真（正面

側面，背面が映ったもの）

２　※印欄は記載しないこと

様式第８号（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 営業の区域 |  |
| 申請車両台数 | 　　　　　　台うち車椅子専用　　　　　　台 | 料金体系 | □メーター制□時間制□距離制□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 営業の時間 | □24時間□　　：　　～　　：　　 | 適任証取得者数 | 名 |
| 制服 | 有・無 |  |
| 年間の営業実績（件） | 病院等通入院 |  | 福祉施設等への送迎 |  |
| 退　　院 |  |  |  |
| 転　　院 |  |  |  |
| 事業案内の有無 | 有・無 | 有りの場合は，案内書を添付 |
| 医療機関等との搬送契約の有無 | 有・無 | 有りの場合は，医療機関等の名称及び契約概要を記入 |
|  |
| （備考） |