様式第１号（第7条関係）

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  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 | | □24時間  平日  □　　：　～　：  土日祝  □　　：　～　： | | 営業時間 | | □24時間  平日  □　　：　　～　　：  土日祝  □　　：　　～　　： | |
| 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 | □要（携帯番号）（　　　　　　　　　　）  □不要 | | |
| 対応可能  エリア | | □兵庫県内  □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 | | □階段介助可能 | |
| うち  □車椅子対応車両　　　台 | | | □乗降介助可能 | |
| □ベッド移譲可能 | |
| □その他  （　　　　　　　　　　　　 　） | |
| □リクライニング  車椅子対応車両　　　台 | | |
| □ストレッチャー  対応可能車両　　　　台 | | |
| 従業員数 | 全体　　　　名 | | | | | 介護保険  利用  可能性 | □あり  □なし |
| うち，  □介護福祉士の有資格者　　 （　 　　 名） | | | | |
| □訪問介護員の有資格者　　 （　 　　 名） | | | | |
| □サービス介助士の有資格者 （　　 　 名） | | | | |
| □(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） | | | | |
| 緊急時  Eメール  アドレス |  |
| □(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（ 　　　 名） | | | | |
| （備考） | | | | | | | |