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） |