

様式6 (その1)

患者等搬送事業認定申請 (更新) 書

(あて先)		年 月 日
乙訓消防組合消防本部消防長		
申 請 者		
住 所		
氏 名		印
患者等搬送事業の認定 (更新) について、下記のとおり申請いたします。 記		
事業所	所在地	
	名 称	電話番号 ()
	管理責任者 職 ・ 氏名	職 氏名
道路運送法に 定める許可等	許可等種別..... 許可等番号.....	
認定種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	事業所数 <input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 複数 ()
ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	パンフレット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
搬送事業の内容		
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄	

- 備考 1 申請者は、国土交通省許可証若しくは免許状の申請者又は自家用有償旅客運送の登録申請の申請者と同様とする。
- 2 申請者が法人の場合、氏名欄には、その名称及び代表者氏名を記入すること。
- 3 消防長が定める関係書類を添付すること。
- 4 □には、該当するものに✓印を付すること。
- 5 ※印欄は記入しないこと。(この用紙の大きさは、日本産業規格A4判とする。)

様式6 (その2)

事業区域			
事業時間	時 分から 時 分までの 時間体制		
料 金			
事業実績	病院への通院	回	人
	病院への入院	回	人
	病院からの退院	回	人
	病院から病院への転院	回	人
	老人ホーム等への送迎	回	人
	観光等の目的による搬送	回	人
	入浴等の福祉搬送	回	人
	感染症等患者の搬送	回	人
	そ の 他	回	人
搬送自動車台数	ワゴンタイプ 台、ライトバンタイプ 台 その他のタイプ 台		
乗務員数	昼間 名・夜間 名 合計 名		
搬送時間の服装	色彩		形状
事業案内用パンフレット等の有無	有・無	有の場合は、案内用パンフレット等を添付すること。	
特定機関（病院を含む）との契約の有無	有・無	契約機関名	
会員制の有無	有・無	会員数 世帯（名）	
		会費	

備考 (この用紙の大きさは、日本産業規格A4判とする。)