

様式第10号（その1）

患者等搬送事業者認定（更新）申請書

年 月 日

北上地区消防組合消防本部

消防長 様

申請者

住 所

氏 名

患者等搬送事業者の認定（更新）について、次のとおり申請します。

事業所名		
所在地	〒 ー 電 話 ( )	
管理責任者 職・氏名		
国土交通大臣 の許可又は 登録番号		
申請区分	1 患者等搬送事業者 2 患者等搬送事業者（車椅子専用）	
申請内容	1 新規の認定 2 有効期間の更新 3 患者等搬送用自動車の増車による更新	
定款に定める 事業内容		
※ 受 付 欄		※ 経 過 欄

備考

- 1 乗務員名簿（様式第11号）、患者等搬送用自動車届（様式第12号）、自動車検査証（写）及び道路運送法に基づく許可証の写し等の関係書類を添付してください。
- 2 申請する事業形態及び申請内容の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 3 ※印の欄には、記入しないでください。

(その2)

営業区域							
営業時間					基本料金		円
乗務員		総数	人	昼	人	夜	人
乗務員(車椅子専用)		総数	人	昼	人	夜	人
制服の形状及び配色							
患者等搬送事業に係る年間営業実績件数 (年度)		病院への通入院		件	老人ホーム等への送迎		件
		退院		件	旅行		件
		転院		件	その他		件
事業案内	案内書の有無	有・無(有の場合は、案内書を添付してください。)					
	主な案内事項						
医療機関との契約	契約の有無	有・無(有の場合は、契約書の写しを添付してください。)					
	主な契約内容						
行政機関との契約	契約の有無	有・無(有の場合は、契約書の写しを添付してください。)					
	主な契約内容						
会員制度	会員制度の有無	有・無(有の場合は、契約書の写しを添付してください。)					
	会員数		人	会費		円/年	