

様式第1号（第3条関係）

患者等搬送事業認定（更新）申請書 年 月 日 亀山市消防長 様 （申請者） 住所 氏名 ㊟ 〔 法人その他の団体にあつては、主たる事務所の 所在地、名称、代表者の氏名 〕 患者等搬送事業者の認定（更新）について、亀山市患者等搬送事業者の認定等に関する要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。	
申請区分	☐ ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車による患者等搬送事業 ☐ 患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業
事業所名	
所在地 連絡先	電話 （ ）
経営者又は 管理責任者	職 氏名
国土交通省 免許登録番号	○写しを添付してください。
定款に定める 事業内容	
営業区域	
営業時間	

* 受付欄	* 経過欄
--------------	--------------

- 1 乗務員名簿（様式第2号）及び患者等搬送用自動車届（様式第3号）を添付してください。
- 2 *印欄は記入しないでください。

会 員 数			料 金			
乗 務 員 数	総 数		昼		夜	
制 服	色			形 式		
年間営業実績件数	病院への通入院			社会福祉施設 等への送迎		
	退 院			旅 行		
	転 院			そ の 他		
事業案内書の有無	有・無	有の場合は案内書を添付すること				
特定病院との 契 約 の 有 無	有・無	有の場合は医療機関名及び契約内容を記入すること				
特定行政機関との 契 約 の 有 無	有・無	有の場合は行政機関名及び契約内容を記入すること				
そ の 他						