様式第１１号（２３条、２７条関係）

|  |
| --- |
| 患者等搬送事業者認定（更新）申請書年　　月　　日　（あて先）　松山市消防局長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印　患者等搬送事業認定（更新）について下記のとおり申請いたします。記 |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）　　　　　 |
| 管理責任者職・氏名 |  |
| 運輸省免許 |  |
| 登録番号等 |  |
| 定款に定める事業内容 |  |
| ※受付欄 | ※経過欄 |
| ※認定交付年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

（注）１　※印欄は、記入しないこと。

　　　２　添付書類―運輸省免許登録の写し、乗務員名簿､乗務員適任証の写し、患者等搬送用自動車表、患者等搬送用自動車資器材表、制服及び患者等搬送用自動車のカラー写真（正面、側面、背面のサービス版各１枚）

|  |  |
| --- | --- |
| 営業の区域 |  |
| 営業の時間 |  | 患者等搬送用自動車の所有台数 | 　　　　　　　台 |
| 申請者が所有する他の患者等搬送事業者の名称所在地 |  |
| 従業員総数 | 名 | 適任証取得者　　　名 | その他の従業員　　　　　名 |
| 制服 | 色 |  | 形式 |  |
| 年間の営業実績(更新時のみ記入) | 病院等通入院 |  | 老人ホームの送迎 |  |
| 退　院 |  |  |  |
| 転　院 |  |  |  |
| 事業案内の有無 | 有・無 | 有の場合は、案内書を添付すること。 |
| 医療機関との搬送契約の有無 | 有の場合は、医療機関等の名称及び契約概要を記入すること。 |
| 会員数　　名 | 会費 | 入会金　　　　　円 | 月会費　　　　　円 |
| 年会費　　　　　円 | その他 |
| （備考） |