別記様式第１０号（第２４条関係）

|  |
| --- |
| 患者等搬送事業認定（更新）申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　（宛先）新潟市消防局長申　請　者住　所氏　名　　　　　　　　　　　　 　電話　　　（　　　）　　　　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　　区　　分 | □患者等搬送事業　□患者等搬送事業（車椅子専用） |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者・職氏名 |  |
| 許可等の登録番号 |  |
| 定款に定める事業内容 |  |
| ※受付欄 | ※経過欄 |
|  |  |

（注）１　必要な関係書類を添付すること。

　　　２　２部提出すること。

　　　３　※印の欄は，記入しないこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 営業区域 |  |
| 営業時間 |  | 料　金 |  |
| 乗務員数 | 総　数 | 　　　　 | 昼 |  | 夜 |  |
| 制服 | 色 |  | 型　式 |  |
| 年間営業実績件数 | 病院への通入院 |  | 老人ホームへの送迎 |  |
| 退院 |  | 旅行 |  |
| 転院 |  | その他 |  |
| 事業案内書の有無 | 有・無 | 有り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 | 有り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 | 有り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 | 会員数 |  | 会　費 |  |