

別記様式第10号（第24条関係）

|   |   |
|---|---|
| <p>患者等搬送事業認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（宛先）新潟市消防局長</p> <p style="text-align: center;">申 請 者<br/>住 所<br/>氏 名<br/>電 話 （      ）</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> |   |
| 事業区分  | <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 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<br>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<br>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<br>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 |           |   |