

様式第4号

<p>患者等搬送事業認定（更新）申請</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（あて先）かすみがうら市消防長</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申請者</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">職・氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">印</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">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>	
事業所名	
所在地	電話 ()
管理責任者・職氏名	
国土交通省免許登録番号	
定款に定める 事業内容	
※ 受 付	

- (注) 1 ※には記入しないこと。
 2 必要な関係書類を添付すること。
 3 2部提出すること。

営 業 区 域					
営 業 時 間		料 金			
常 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			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				
特定行政機関との 契約の有無	有・無				
そ の 他	会員数		会 費		