

様式第 6 号（その 1）

患者等搬送事業者認定申請書 年 月 日 和泉市消防長あて 申請者 住 所 氏 名 電話番号 患者等搬送事業者認定について下記のとおり申請します。 記	
事 業 所 名	
所 在 地	〒 ー 電話： （ ）
管 理 責 任 者 職 ・ 氏 名	
認 定 種 別	☐ 新規 ☐ 更新
国 土 交 通 省 許 可 又 は 登 録	☐ 一般乗用旅客自動車運送業 ☐ 特定旅客自動車運送業 ☐ 一般貸切旅客自動車運送業 ☐ 自家用有償旅客運送
認 定 事 業 内 容	☐ ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 ☐ 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
※ 受 付	

申請上のご注意

- 1 申請者は、国土交通省許可証若しくは免許状の申請者又は自家用有償旅客運送の登録申請の申請者と同様としてください。
- 2 申請者が法人の場合、氏名欄には、その名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 申請事業者名は、国土交通省の認可証等に記載されている事業所名を記入してください。
- 4 □欄には、該当するものにチェックしてください。
- 5 ※欄には、記入しないでください。
- 6 必要な関係書類を添付してください。
- 7 2部作成し、提出してください。

様式第6号（その2）

営 業 区 域						
営 業 時 間					料 金	
患 者 等 搬 送 用 自 動 車 台 数			☐ ストレッチャー及び車椅子を固定できる 患者等搬送用自動車 台 ☐ 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 台			
乗務員数	総数	名	☐ ストレッチャー及び車椅子を固定できる 患者等搬送用自動車 昼 名 夜 名 ☐ 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 昼 名 夜 名			
制 服		色		型 式		
年間営業実績件数		医療機関への 通 入 院		社会福祉施設 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		会 員 数		会 費		