

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 住 所 氏 名 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 <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 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		