

第19号様式

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日

（あて先） 栄町消防長

申請者氏名

住所

〒

連絡先電話番号

連絡先電子メールアドレス

@

次のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業
事業所名	
所在地	〒 ー 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	
乗 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			
特定医療機関との 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	

第21号様式 (その1)

患者等搬送用自動車届

種 別	<input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 車椅子・寝台兼用車 <input type="checkbox"/> 車椅子専用		
車 両 へ の 収 容 方 法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ		
車 種 (型 式)		車 両 番 号	
車 両 台 数	寝台車___台、車椅子・寝台兼用車___台、車椅子専用車___台		
塗 色		定 員	人
暖 房 装 置	有 ・ 無	冷 房 装 置	有 ・ 無
換 気 装 置	有 ・ 無	消 毒 記 録 票 の 位 置	
ストレッチャーの 固 定 装 置	有 ・ 無	ストレッチャーの 患者用固定ベルト	有 ・ 無
車 椅 子 の 固 定 装 置	有 ・ 無	車 椅 子 の 患者用固定ベルト	有 ・ 無
患者等収容部分の 大 き さ	長さ_____cm 幅_____cm 高さ_____cm		
通信装置の種別	電話・無線・ファクシミリ・その他()		
積 載 資 器 材			
品 名	数 量	品 名	数 量

(その2)

車両写真添付

(前面)

(後面)

(右側面)

(左側面)