別記様式第１０号（第２４条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者等搬送事業認定（更新）申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　（宛先）新潟市消防局長  申　請　者  住　所  氏　名  電話　　　（　　　）  　　　　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。  記 | | |
| 事　　業　　区　　分 | □患者等搬送事業  □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 | |  | | |