

## 患者等搬送事業認定・更新申請書

（宛先）さいたま市消防局長

年 月 日

代 表 者  
（管理責任者）  
氏 名

患者等搬送事業の認定・更新について下記のとおり申請します。

事業所	名 称	
	所在地 (電話番号)	電 話 ( )
管理責任者 職・氏 名		
国土交通大臣 免許登録番号		
定款に定める 事業内容		
※ 受 付 欄		※ 備 考

- (注) 1 必要な関係書類を添付してください。  
2 ※欄には記入しないでください。

様式第7号（その2）

営業区域					
営業時間			料金		
乗務員数	総数	名	昼間	名	夜間
制服	色				
年間営業実績件数	病院への通入院		件	福祉施設等への送迎	件
	退院		件	旅行	件
	転院		件	その他	件
事業案内書の有無	<input type="checkbox"/> 有      別添のとおり <input type="checkbox"/> 無				
特定病院との 契約の有無  <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内 容				
特定行政機関との 契約の有無  <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	内 容				
その他					