様式第２号（第５条関係）

（その１）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者等搬送事業者認定申請書  　　年　　月　　日  田辺市消防長　様  申請者  住　所  氏　名　　　　　　　　　　印  患者等搬送事業者認定について、次のとおり申請します。 | |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 電話番号　　（　　　） |
| 管理責任者  職・氏名 |  |
| 認定種別 | □新規　　　　　□更新 |
| 道路交通法に定める許可又は登録 | □一般乗用旅客自動車運送事業　　□特定旅客自動車搬送事業  □一般貸切旅客自動車搬送事業　　□自家用有償旅客搬送 |
| 申請事業内容 | □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 |  |

注　１　申請者は、道路搬送法に定める許可又は登録を受けた者と同様とすること。

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すること。

３　該当する□欄をチェックすること。

４　※欄には記入しないこと。

５　必要な関係書類を添付すること。

６　２部作成し、提出すること。

（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等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 | | | | | | | | |
| 乗務員総　数 | 名 | □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  　　　　　　　　　　　　　　　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。） | | | | | | | | |
| 申請者が所有する他  の患者等搬送事業所 | | □有　□無（有の場合は事務所の名称及び所在地を記入すること。） | | | | | | | | |
| その他 | | 会員数 | |  | | | | 会　　費 | |  |