

様式第9号（その1）

患者等搬送事業認定（更新）申請書	
年 月 日	
（あて先）上川北部消防事務組合消防長	
申請者	
住所	
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。 記	
事業所名	
所在地	電話 ～ 番
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 必要な関係書類を添付すること。
 2 2部提出すること。
 3 ※印欄は記入しないこと。

様式第9号（その2）

営業区域							
営業時間				料 金			
乗務員数	総数	名		昼	名	夜	名
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				
その他	会員数				会 費		