

患者等搬送事業者認定申請書

年 月 日

大阪南消防局長 様

申請者
住 所電話番号
氏 名

印

患者等搬送事業者認定について下記のとおり申請します。

記

事業所名	
所在地	〒 ー 電話番号 ()
管理責任者名 職・氏名	
認定種別	☐ 新規 ☐ 更新
国土交通省 許可又は登録	☐ 一般乗用旅客自動車運送業 ☐ 特定旅客自動車運送業 ☐ 一般貸切旅客自動車運送業 ☐ 自家用有償旅客運送
認定事業内容	☐ 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、国土交通省許可証若しくは免許状の申請者又は自家用有償旅客運送の登録申請の申請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 申請事業者名は、国土交通省の認可証等に記載されている事業所名を記入すること
- 4 ☐ 欄には、該当するものにレ印を付けること
- 5 ※欄には記入しないこと
- 6 必要な関係書類を添付すること
- 7 2部作成し、提出すること