

様式第6号（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 ☐ 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車					
乗務員数	総数	☐ 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 ☐ 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車					
				昼 名 夜 名			
				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			
そ の 他		会員数				会 費	