

第9号様式（表面）

患者等搬送事業者認定（更新）申請書

年 月 日

尼崎市消防長様

申請者

住所

氏名

患者等搬送事業者認定（更新）について下記のとおり申請いたします。

記

認定区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業(車椅子専用)
事業所名	
所在地	電話 () FAX ()
事業所代表者職・氏名	
国土交通省免許登録番号等	
定款に定める事業内容	
※ 受付	※ 経過

(注) 1 添付書類（国土交通省免許登録の写し、乗務員名簿、患者等搬送用自動車表、患者等搬送用自動車資器材表及び制服と患者等搬送用自動車のカラー写真（正面、側面、背面のサービス版各1枚））

2 ※印欄は記入しないこと。

第9号様式（裏面）

営業の区域					
営業の時間		料 金			
患者等搬送用自動車の所有総数				台	
患者等搬送用自動車（車椅子専用）の所有総数				台	
患者等搬送事業をしている 営業所等の名称・所在地					
従業員総数 名		適任証取得者 名 適任証（車椅子専用）取得者 名		その他の従業員 名	
制 服	色	形式			
年間の営業実績		病院等通入院		老人ホームへの送迎	
		退 院			
		転 院			
事業案内の有無		有・無	有の場合は、案内書を添付すること。		
医療機関等との 搬送契約の有無		有の場合は、医療機関等の名称及び契約概要を記入すること。			
(備考)					

患者等搬送用自動車表

区 分	<input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 寝台兼用車・車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子専用車					
車種（型式）		塗 色				
車両登録番号		定 員		人		
患者等収容部分の大きさ		長 さ		cm		
		幅		cm		
		高 さ		cm		
換 気 装 置	有 ・ 無		冷 房 装 置	有 ・ 無		
暖 房 装 置	有 ・ 無		消毒票の積載場所			
ストレッチャーの固定装置	有 ・ 無		患者等の固定用ベルト		有 ・ 無	
車 椅 子 の 固 定 装 置	有 ・ 無		同乗者用シートベルト		有 ・ 無	
ストレッチャーの大きさ	長さ	cm	幅	cm	高さ	cm
通信装置種別	自動車電話番号					
	自動車FAX番号					
	無 線 波 等					
そ の 他						

(注)この様式は患者等搬送用自動車毎に提出すること。

