

第 1 号様式（第 4 条）

年 月 日

（宛先）野田市消防長

申請者 住 所
氏 名

患者等搬送事業者認定申請書
患者等搬送事業者の認定を受けたいので次のとおり申請します。

申請区分		新規	更新
事業者	所在地		
	名称	電話番号	
	管理責任者	職 氏 名	
自動車の形態		☐ 患者等搬送用自動車 ☐ 患者等搬送用自動車（車椅子専用）	
道路運送法に定める免許等		免許等種別 免許等番号	
事業開始年月日		年 月 日	
搬送事業の内容			
事業区域			
事業時間	時 分から 時 分までの 時間体制		
料 金			

事業実績	病院への通院	回	人
	病院への入院	回	人
	病院からの退院	回	人
	病院から病院への転院	回	人
	老人ホーム等への送迎	回	人
	入浴等の福祉搬送	回	人
	感染症等患者の搬送	回	人
	その他	回	人
患者等搬送用自動車台数	ワゴンタイプ 台 ライトバンタイプ 台 その他のタイプ 台		
乗務員数	昼間 名	夜間 名	合計 名
搬送時の服装	色彩		形状
事業案内用パンフレット等の有無	有 無	有の場合は、パンフレットを添付すること。	
特定機関（病院を含む）との契約	有 無	契約機関名	
会員制の有無	有 無	会員数 世帯（名）	
		会 費	