

患者等搬送事業認定申請（更新）書

(あて先)		年 月 日 (年)	
城陽市消防本部消防長 様		申請者 住 所 職・氏名	
患者等搬送事業の認定（更新）について、下記のとおり申請いたします。		印	
記			
事 業 所	名 称		
	所在地	電話番号	
	管理責任者 職・氏名	職 氏名	
道路運送法に 定める許可等	許可等種別 許可等番号		
認定種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	事業所数	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 複数 ()
ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	パンフレット	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
搬送事業の内容			
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄		

備考

- 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。
- 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 消防長が定める関係書類を添付すること。
- 4 □には、該当するものに✓印を付すること。
- 5 ※印欄は記入しないこと。