

## 感染症患者等の搬送業務に係る登録事業者申請書（変更）

令和 年 月 日

大阪市健康局長 様

住所又は事務所所在地  
 商号又は名称  
 氏名又は代表者氏名  
 電話番号

入札参加資格承認番号

--	--	--	--	--	--

感染症患者等の搬送業務に係る登録事業者募集要項に基づき、下記のとおり登録内容の変更を申請します。

- 1 変更依頼日 令和 年 月 日  
 2 登録業務 民間救急車両 福祉車両 タクシー車両  
 3 変更事項

変更箇所	現在の登録内容	変更後の登録内容
<input type="checkbox"/> 住所又は事務所所在地		
<input type="checkbox"/> 商号又は名称		
<input type="checkbox"/> 氏名又は代表者氏名		
<input type="checkbox"/> 業務従事者		
<input type="checkbox"/> 搬送車両		
<input type="checkbox"/> 車両基地の所在地		
<input type="checkbox"/> 連絡先		
<input type="checkbox"/> その他		