様式第３号（第８条関係）（Ａ４）

（その１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 患者等搬送事業者認定申請書  年　　月　　日  大阪市消防局長　様  申請者  住　　　　所  電話番号  職・氏名  患者等搬送事業者認定について次のとおり申請します。  記 | | |  |
|  | 事業所名 | |  |  |
|  | 所在地 | | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |  |
|  | 管理責任者  職・氏名 | |  |  |
|  | 認定種別 | | □新規　　　　　　　　□更新 |  |
|  | 道路運送法に定める許可又は登録 | | □一般乗用旅客自動車運送事業　　□特定旅客自動車運送事業  □一般貸切旅客自動車運送事業　　□自家用有償旅客運送 |  |
|  | 申請事業内容 | | □ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業  □車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |  |
|  | ※受　付 |  | |  |
|  | 注　 １　申請者は、道路運送法に定める許可又は登録を受けた者と同様とすること  　　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　該当する□欄をチェックすること  　　４　※欄には記入しないこと  　　５　必要な関係書類を添付すること  　　６　２部作成し、提出すること | | |  |

（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　台  □車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車  台 | | | | | |  |
|  | 乗務員総　数 | 名 | □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  昼　　　　名　夜　　　　名  □車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車  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 | | | | |  |
|  |  |  |
|  | 申請者が所有する他の患者等搬送事業所 | | 有　・　無 | 有の場合は事務所の名称及び所在地を記入すること | | | | |  |
|  |  |  |
|  | そ　　 の　　 他 | | 会員数 |  | | 会　費 | |  |  |
|  |  | |  |  | |  | |  |  |