認定
患者等搬送事業者 申請書
更新

年 月 日			
(あて先) 川口市消防長			
申請者 氏名			
事業所の名称			
所在地			
管理責任者・職・氏名			
※ 認定番号			
事業所の概要			
道路運送法で定める 事業別		昭・平・令 年 月 日 第 号	
患者等搬送用自動車 保有台数	台	登録番号	登録番号
		登録番号	登録番号
		登録番号	登録番号
乗務員	人	適任証 所持状況	有 人
			無 人
認定の可否	可 ・ 否	認定	年 月 日 第 号
認定出来ない 事由			

患者等搬送事業者認定（更新）申請書記載要領

- 1 申請者は、当該事業者の管理責任者としてください。
- 2 事業所の名称欄は、事業所の正式名を記載してください。
- 3 認定番号欄は、更新申請時のみ記載するものとし、認定された年月日及び認定番号を記載してください。
- 4 事業所の概要欄は、次により記載してください。
 - (1) 道路運送法で定める事業所欄は、次に掲げる事業のうちから該当する事業所名及び許可年月日等を記載してください。
 - ① 一般乗用旅客自動車運送事業
 - ② 一般貸切旅客自動車運送事業
 - ③ 特定旅客自動車運送事業
 - (2) 患者等搬送用自動車保有台数の欄は、申請時に保有する搬送専用自動車の保有台数及び登録番号を記載してください。
 - (3) 乗務員の欄は、申請時搬送専用自動車に乗務し患者等搬送事業に従事する乗務員の数及び乗務員の適認証所持状況を記載してください。

備考 ※欄は、更新申請時のみ記入する。
太線内は、記入しない。