

第 1 号様式（第 7 条関係）

患者等搬送事業認定・更新申請書

(宛先) 京 都 市 消 防 局 長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名
	電話 ー

☐ 認定 患者等搬送事業の について次のとおり申請します。 ☐ 更新						
事 業 者 名						
所 在 地	電話 ー					
管理責任者・職名及び氏名						
定款に定める事業内容						
営 業 区 域						
営 業 時 間						
料 金				車両台数		
乗 務 員 数	総数		昼間		夜間	

制 服	色		形 式	
年 間 営 業 実 績 件 数	病院への通入院		老人ホーム等 への送迎	
	退 院		旅 行	
	転 院		そ の 他	
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	有の場合は医療機関名及び契約内容を記入 すること。		
そ の 他	会 員 数		会 費	

注1 該当する□にレ印を記入してください。

- 2 この申請書には、認定対象となる患者等搬送事業であることを証明する事業免許等の写しを添付してください。
- 3 事業案内書がある場合は、案内書を添付してください。
- 4 2部提出してください。
- 5 業務内容等の変更に伴う申請の場合、必要に応じ、変更内容がわかる資料等を添付してください。