

## 患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書

		年 月 日
<p>苫小牧市消防長 様</p> <p style="text-align: center;">（申請者）</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）について、下記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>		
事業所名	所在地	
	名 称	電話番号 ( )
	管理責任者 職・氏名	
	道路運送法に 定める免許等	免許等種別 免許等番号
	事業開始年月日	年 月 日
	運送事業の内容	
	※ 受 付 欄	

## 備考

- 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4判とする。
- 2 法人にあっては、その名称、代表者氏名を記入すること。
- 3 ※印欄には記入しないこと。
- 4 2部作成し、提出すること。