

様式第1号（第4条、第9条関係）

患者等搬送事業者等認定・更新申請書

年 月 日	
御殿場市・小山町広域行政組合 消防長 様	
申請者 住 所 〒 _____ 氏 名 _____ （法人その他の団体にあつては、名称及び代表者氏名） 電 話 （ ） _____	
患者等搬送事業者等に対する指導及び認定に関する要綱第4条又は第9条の規 定により患者等搬送事業者等の <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 更新 について次のとおり申請します。	
患者等搬送事業者の種別	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者（車椅子専用）
事業所名	
所在地	〒 _____ 電話 （ ） _____
管理責任者職氏名	
国土交通省許可等 登録番号	
定款に定める 事業内容	
※ 受付欄	※ 特記事項

備考

- 1 患者等搬送事業者であることを証明する事業許可等の写しを添付すること。
- 2 2部提出すること。
- 3 該当の□印に、レ点を付けること。
- 4 ※印の欄は、記入しないこと。