

様式第2号（第4条関係）

患者等搬送事業者等概要書

事業所名						
営業区域						
営業時間						
乗務員数	総数		昼間		夜間	
制服	色			形式		
年間営業実績件数	病院への通院・入院			老人ホーム・福祉施設等への送迎		
	退院			旅行		
	転院			その他		
事業案内書等の有無	有・無	有の場合は、案内書等を添付してください。				
特定の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してください。				
特定の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してください。				
使用車両台数	患者等搬送用自動車		台	患者等搬送用自動車（車椅子専用）		台
※ 自家用有償旅客運送事業者の場合は記載してください。	旅客の範囲 [] 会員登録者数： 人					
備考						