

患者等搬送事業認定(更新)申請書

年 月 日	
日光市消防長 様 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> (申請者) 所在地 名称 代表者氏名 ㊟ </div>	
患者等搬送事業の認定(更新)について下記のとおり申請します。	
申請区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者(車椅子専用) <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
事業所名	
事業所の所在地	電話 ()
管理責任者 職・氏名	
道路運送法の 許可・登録の種類	
許可・登録番号	
※受付欄	※経過欄

- 注 1 この用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
 2 ※には記入しないこと。
 3 必要な関係書類を添付すること。
 4 2部提出すること。