別記様式第６号(第１７条第２項関係)

患者等搬送事業認定(更新)申請書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　　日光市消防長　様(申請者)　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　印　　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 | □患者等搬送事業者　　　　　　　　□　新規　□　更新 |
| □患者等搬送事業者(車椅子専用)　　□　新規　□　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。