

様式第1号（第5条、第9条関係）

患者等搬送事業認定・更新申請書 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> （あて先）静岡市消防長 申請者 住所 〒 ー 氏名 _____ 電話 ()	
<input type="checkbox"/> 認定 患者等搬送事業の _____ について次のとおり申請します。 <input type="checkbox"/> 更新	
患者等搬送事業の種別	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）
事業所名	
所在地	〒 ー <div style="text-align: right;">電話 ()</div>
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	備 考

(注)

- 1 該当する□に、レ点を付けてください。
- 2 患者等搬送事業であることを証明する事業許可等の写しを添付してください。
- 3 2部提出してください。
- 4 ※には記入しないでください。