様式第２号（第５条関係）

患 者 等 搬 送 事 業 者 概 要 書

<table>
<tr><td>事　業　所　名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>営　業　区　域</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>営　業　時　間</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>乗　務　員　数</td><td>総　数</td><td></td><td>昼間</td><td></td><td>夜間</td><td></td></tr>
<tr><td>制　　服</td><td>色</td><td colspan="2"></td><td>形　式</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">年間営業実績件数</td><td colspan="2">病院への通院・入院</td><td></td><td colspan="2">老人ホーム･福祉施設等への送迎</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">退　　院</td><td></td><td colspan="2">旅　　行</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">転　　院</td><td></td><td colspan="2">そ　の　他</td><td></td></tr>
<tr><td>事業案内書等の有無</td><td>有・無</td><td colspan="5">有の場合は案内書等を添付してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">特定の病院との契約の有無</td><td>有・無</td><td colspan="5">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。</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">特定の行政機関との契約の有無</td><td>有・無</td><td colspan="5">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。</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>使用車両台数</td><td>患者等搬送用自動車</td><td colspan="2">台</td><td>患者等搬送用自動車
（車椅子専用）</td><td colspan="2">台</td></tr>
<tr><td>※
自家用有償旅客運送事業者の場合は記載してください。</td><td colspan="6">旅客の範囲
（　　）
会員登録者数：　　人</td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>