様式第６号（第１９条関係）

|  |
| --- |
| 患者等搬送事業者認定申請書年　　月　　日坂出市消防長　殿　　　　　　　　　　　　 申請者　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　氏　名患者等搬送事業者認定（更新）について下記のとおり申請します。記 |
| 事　業　所　名 |  |
| 所　　在　　地 | 　　　　　　　　 電　話　　　（ 　） 　　　　　　　 ＦＡＸ　　　（　　）　　　　　　　　　　　　 |
| 事 業 所 代 表者 職 ・ 氏 名 |  |
| 国 土 交 通 省許可登録番号 |  |
| 定款に定める事業内容 |  |
| * 受　　付
 | * 経過
 |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　 |

（注） １　添付書類（認定対象業者であることを証明する事業許可証等の写し・乗務員名簿・患者等搬送用自動車表・その他消防長が必要と認める書類）

　　 ２　※印欄は，記載しないこと。