

第8号様式（第21条関係）

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日

（宛先）阿久根地区消防組合消防本部
消 防 長

申請者 住所
氏名

〔法人その他の団体等にあつては、所在地、
団体等の名称及び代表者の氏名〕

患者等搬送事業の認定を受けたいので、阿久根地区消防組合患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱第21条の規定により、次のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業
事業所名	
所在地 電話番号	
管理責任者	職 氏名
国土交通省 免許登録番号	・写しを添付してください。
定款に定める 事業内容	
営業区域	
営業時間	
※受付欄	※経過欄