

第1号様式(第4条関係)

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>茅ヶ崎市消防長</p> <p style="text-align: center;">(申請者) 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）について、次のとおり申請します。</p>			
事業所名			
所在地		電話 ( )	
管理責任者・職氏名			
国土交通省免許登録番号			
定款に定める事業内容			
備考		※ 受 付	

注 1 ※には記入しないでください。

2 必要な免許証の写し等、関係書類を添付してください。