第２号様式（第１０条関係）

　　　年　　月　　日

患者等搬送事業者認定・更新申請書

（宛先）

上尾市消防本部  
消防長

申請者

氏　名

□　患者等搬送事業者　　　　　　　　　□　認定

　　　　　　　　　　　　　　　　　　の　　　　　　　について次のとおり申請します。

□　患者等搬送事業者（車椅子専用）　　□　認定の更新

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話　　　（　　） | |
| 管理責任者 職・氏　名 |  | |
| 国土交通省免許 等登録番号 |  | |
| 定款に定める 事業内容 |  | |
| ※　受　　付　　欄 | | ※　経　　過　　欄 |
|  | |  |

（注）１　※印欄には、記入しないこと。

２　必要な関係書類を添付すること。

３　２部提出すること。