様式第5号（第18条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者等搬送事業者認定申請書  　　　　年　　月　　日  丸亀市消防長　宛  申請者  住所  氏名  患者等搬送事業認定（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。