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。