

様式第 19 号 (第 26 関係)

認 定 事 業 者 台 帳

事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 (車椅子専用)			
事業所名		代表者 職氏名		
所在地	電話 ( )			
認定交付番号	第 号			
認定年月日	年 月 日	更新年月日	年 月 日	
更新年月日	年 月 日	更新年月日	年 月 日	
更新年月日	年 月 日	更新年月日	年 月 日	
認定マーク数	事業者認定マーク 枚 自動車認定マーク ( 枚)			
患者等搬送用 自動車総台数 台	車 番	区 分	自動車登録番号	自動車電話番号
	1号車			
	2号車			
	3号車			
	4号車			
患者等搬送事業 の従業者数	総 数 名	適任証取得者		
		男 名	女 名	合計 名
		適任証 (車椅子専用) 取得者		
		男 名	女 名	合計 名
(備考)				

