

様式第5号（第24関係）

<p>患者等搬送事業認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">電話 ()</p> <p style="text-align: center;">患者等搬送事業の認定（更新）について下記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
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	
所在地	
代表者・職氏名	
許可等の登録番号	
定款に定める 事業内容	
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄

- （注） 1 必要な関係書類を添付すること。
 2 2部提出すること。
 3 ※印の欄は、記入しないこと。