

認定
患者等搬送事業者 申請書
更新

年 月 日			
(あて先) 川口市消防長			
申請者 氏 名 ⑩			
事業所の名称			
所在地			
管理責任者・職・氏名			
※ 認定番号			
事業所の概要			
道路運送法で定める 事業別		昭・平 年 月 日 第 号	
患者等搬送用自動車 保有台数	台	登録番号	登録番号
		登録番号	登録番号
		登録番号	登録番号
乗務員	人	適任証 所持状況	有 人
			無 人
認定の可否	可 ・ 否 認定		年 月 日 第 号
認定出来ない 事 由			