

様式8 (その2)

事業区域			
事業時間	時 分から 時 分までの 時間体制		
料 金			
※ 事業実績	病院への通院	回	人
	病院への入院	回	人
	病院からの退院	回	人
	病院から病院への転院	回	人
	老人ホーム等への送迎	回	人
	観光等の目的による搬送	回	人
	入浴等の福祉搬送	回	人
	感染症等患者の搬送	回	人
	そ の 他	回	人
搬送自動車台数	ストレッチャー収容可能タイプ		台
	車椅子のみ収容可能タイプ		台
乗務員数	名		
搬送時の服装	色 彩		形 状
事業案内用パンフレット等の有無	有 ・ 無	有の場合は、案内用パンフレット等を添付すること。	
特定機関（病院を含む）との契約の有無	有 ・ 無	契約機関名	
会員制の有無	有 ・ 無	会員数	
		世帯（名）	
		会 費	

備 考 更新の場合は、※印欄の記入は必要ありません。