

様式第1号（第5条関係）

患者等搬送事業者認定（更新）申請書

年 月 日

（あて先）
新宮市消防長

（申請者）
住所
氏名

患者等搬送事業者認定（更新）について、下記のとおり申請します。

記

事業者名	
所在地	〒 - TEL ()
管理責任者 職・氏名	
運輸省免許 登録番号	
定款に定める 業務内容	
※受付欄	※備考