

年 月 日

稲城市消防本部
消 防 長 殿

申請者（経営者）
住 所
職 ・ 氏 名

患者等搬送事業認定（更新）申請書

事業所名	
所在地	
連絡先	電話 () FAX ()
管理責任者 職・氏名	
国土交通省 免許	
定款に定める 事業内容	
※ 受 付	

- 1 必要な関係書類を添付すること。
- 2 ※印欄は記入しないで下さい。