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。