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。