

年 月 日

様

住 所
職・氏名

認定及び搬送状況報告書（ 年度）

事業所名			
所在地	電話		
管理責任者			
認定状況（※1）			
適任証保有者数		うち車椅子専用(人)	
認定車両台数		うち車椅子専用(台)	
搬送状況（※2）			
医療機関への通入院		福祉施設への送迎	
退 院		旅 行	
転 院		そ の 他	

※1 報告年度4月1日現在の数を報告する。

※2 報告前年度1年間の搬送件数を報告する。