

別記様式 9 の 2

患者等搬送用自動車届 (車椅子専用)

事業所名							
車種（型式）			塗装				
車両番号			定員				
大きさ	長さ	cm	収容部	長さ	cm		
	幅	cm		幅	cm		
	高さ	cm		高さ	cm		
換気装置		有 ・ 無		冷房装置		有 ・ 無	
暖房装置		有 ・ 無		通信連絡装置		電話・無線・FAX	
車固椅子装子置		有 ・ 無					
積載資器材							
品名		数量		品名		数量	

※車両の前面・後面・両側面から撮影した写真を添付すること。