

南投縣受理跨區營業之救護車營業機構需求調查表

本機構_____為接送病人_____至_____往返，需委託救護車公司協助接送病人，請貴公司於3天工作日內__年__月__日回復，若未於期限內回復視同無法接送病人，本單位擬委託外縣市救護車公司協助接送病人。

本機構接送病人醫院及機構往返需求如下：

一、支援時間：

二、支援地點：

三、支援救護車及人員：救護車輛____輛，救護人員__名，護理人員__名，醫師__名

簽約機構：

負責人簽名：_____

聯絡電話：_____

地址：_____

中華民國 年 月 日

-----（以下本縣救護車公司填復）

公司名稱：【○○○救護車公司】

負責人簽名：_____

聯絡電話：_____

地址：_____

☐ 本公司量能充足可支援救護

☐ 本公司量能不足無法支援救護

中華民國 年 月 日