

別記様式第1号（第4条関係）

（表）

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> （あて先）栃木市消防長 （申請者） 住 所 氏 名 ㊟			
患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）について次のとおり申請します。			
事業所名			
所在地	電話番号		
管理責任者 職 氏 名			
国土交通省免許 登録番号			
定款に定める事業内容			
備考		※受付	

注1 ※には記入しないでください。

2 必要な免許証の写し等、関係書類を添付してください。

3 2部提出してください。

(裏)

営業区域					
営業時間			料金		
乗務員数	総数		昼		夜
制 服	色			形式	
年間営業実績件数	病 院 へ の 通 入 院			老人ホーム への送迎	
	退 院			旅 行	
	転 院			そ の 他	
事業案内書の有無	有・無	※1			
特定病院との契約の有無	有・無	※2			
特定行政機関との契約の有無	有・無				
その他	会員数			会費	

備考

※1 有の場合は案内書を添付すること。

※2 有の場合は医療機関名及び契約内容を記入すること。

別記様式第2号（第4条関係）

乗務員名簿

番号	氏名	生年月日	患者等搬送乗務員適任証又は患者等搬送乗務員適任証(車椅子専用)		
			交付機関名	交付年月日	備考
			適任証番号		
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			
		年 月 日 (歳)			

別記様式第3号（第4条関係）

患者等搬送用自動車届（共通）

種 別	<input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 寝台 車椅子兼用車 <input type="checkbox"/> 車椅子専用車					
車両への収容方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ					
車種（形式）			塗 色			
車両番号			定 員	人		
患者等収容部分の大きさ			長 さ	cm		
			幅	cm		
			高 さ	cm		
換 気 設 備	有・無		冷房設備	有・無		
暖 房 設 備	有・無		通信装置種別	電話、無線、ファクシミリ		
ストレッチャー 固定装置	有・無		ストレッチャーへの患者固 定ベルト	有・無		
ストレッチャー の大きさ	長さ	cm	幅	cm	高さ	cm
消毒の表示位置						
積 載 資 器 材						
品名		数量	品名		数量	
○バッグバルブマスク			はさみ			
ポケットマスク			マスク			
○敷物			○ピンセット			
保温用毛布			手袋			
担架			膿盆汚物入れ			
○枕			体温計			
三角巾			※○自動体外式除細動器（A ED）			
ガーゼ			そ の 他			
包帯						
タオル						
ばんそうこう						
噴霧消毒器						
消毒薬（種類）						

注1 患者等搬送自動車「※」は任意

2 患者等搬送自動車（車椅子専用）「○」は任意

車両写真添付

(前面)

(後面)

車両写真添付
(右側面)

(左側面)

別記様式第10号（第11条関係）

患者等搬送事業認定証等交付申請書（再交付・増車）			
年 月 日			
（あて先）栃木市消防長			
（申請者）所在地 名 称 氏 名			
⑩			
認定証等の交付（再交付・増車）について次のとおり申請します。			
事業所名			
申請対象	1 患者等搬送事業認定証 2 患者等搬送事業認定マーク 3 患者等搬送用自動車認定マーク 4 患者等搬送事業（車椅子専用）認定証 5 患者等搬送事業（車椅子専用）認定マーク 6 患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク		
認定証又は認定マークの 交付年月日及び認定番号		年 月 日 第	交付 号
再交付の理由			
再交付年月日	年 月 日	再交付	受付欄
有効期間	年 月 日まで		

注1 申請対象の欄は、該当するものの番号に○印をつけてください。

2 太線枠内は、記入しないでください

別記様式第 1 1 号（第 1 2 条関係）

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定失効届出書 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> （あて先）栃木市消防長 （届出者）所在地 事業所名 代表者氏名 ㊟			
患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定の失効について次のとおり届け出ます。			
事業所名			
所在地			
認定年月日	年 月 日交付	認定番号	第 号
失効内容	1 国土交通大臣の許可等の取消し又は失効 2 患者等搬送事業の廃止 3 認定の有効期間の満了		
備考		※受付欄	

注 1 「失効内容」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。

別記様式第 1 2 号（第 1 4 条関係）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）事故発生等報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（あて先）栃木市消防長</p> <p style="text-align: right;">（報告者）所在地 事業所名 代表者氏名 ㊟</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）に係る事故等について次のとおり報告します。</p>	
事業所名	
所在地	
責任者	
発生年月日	
区分	<p>1 患者等搬送事業等の遂行に当たり、重大な事故を発生させた場合</p> <p>2 患者等を搬送中に容態変化があり、応急処置を実施した場合</p> <p>3 患者等を搬送中に容態変化があり、救急要請した場合</p>
乗務員氏名	

発 生 状 況	
活 動 概 要	
※摘 要	

注 ※印の欄は、記入しないでください。

別記様式第 1 3 号 (第 1 4 条関係)

<p style="text-align: center;">患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）休止届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（あて先）栃木市消防長</p> <p style="text-align: center;">（届出者）所在地 事業所名 代表者氏名 ㊟</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の休止について次のとおり届け出ます。</p>			
事業所名			
所在地			
認定年月日	年 月 日交付	認定番号	第 号
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
休止内容	1 全部 2 一部（ ）		
休止理由			
備考		※受付欄	

注 1 「休止内容」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。

別記様式第14号（第14条関係）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（あて先）栃木市消防長</p> <p style="text-align: right;">（届出者）所在地 事業所名 代表者氏名 ㊟</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の変更について次のとおり届け出ます。</p>			
事業所名			
所在地			
認定年月日	年 月 日交付	認定番号	第 号
変更内容			
備考		※受付欄	

注 ※印の欄は、記入しないでください。

別記様式第 17 号（第 18 条関係）

患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証交付（再交付）申請書 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> （あて先）栃木市消防長 <p style="text-align: right;">（申請者）住 所 氏 名 ㊟</p> 患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証の交付（再交付）について次のとおり申請します。			
ふりがな氏名			(写真)
本籍	都道府県		
生年月日	年 月 日		
申請要件	1 第 18 条第 1 項第 1 号該当者 2 第 18 条第 1 項第 2 号該当者 3 再交付（ 年 月 日交付・第 号） （再交付理由 ）		
適任証種別	1 患者等搬送乗務員適任証 2 患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証		
交付年月日	年 月 日	交付番号	第 号
特記事項			※ 受付欄

注 1 太線枠内は、記入しないでください。

2 写真（6 月以内撮影、正面、上半身、脱帽、縦 3 cm×横 2.5 cm）を 2 枚添付してください。

3 申請要件に該当することを証明する書面（写しでも可）を添付してください。

4 再交付申請で汚損及び破損の場合は、当該適任証を添付してください。

別記様式第18号（第20条関係）

講習受講申請書			
(あて先) 栃木市消防長			
(申請者) 住 所			
氏 名 ㊟			
基礎講習・基礎講習（車椅子専用）・定期講習の受講を次のとおり申請 します。			
区 分	1 患者等搬送乗務員基礎講習 2 患者等搬送乗務員（車椅子専用）基礎講習 3 患者等搬送乗務員定期講習（共通）		
ふりがな			
氏 名			
生年月日	年 月 日		
住 所	電話番号		
本 籍	都道府県		
勤 務 先	名称		
	(所在地) 電話番号		
受講希望日	年 月 日		
※ 受付 欄			※ 経過 欄

注 ※印欄は記入しないでください。

別記様式第20号（別表第1、別表第2、別表第3、別表第4関係）

消 毒 実 施 表

実施年月日	使用薬品名	実施者名・印	適 要
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			