


表紙 (裏)

(表)

<p>※患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること。</p>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">第 号</div>  <p>患者等搬送乗務員 適任証</p> <p>愛知県消防長会</p>
----------------------------------	---

200mm

70mm

(注) 地色は水色とし、文字は黒色とする。

内側 (第1面)

(第2面)

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">(ふりがな) 氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日生</p> <p style="text-align: center;">本籍 都道府県</p> <p style="text-align: center;">年 月 日交付</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">写真</p> <p style="text-align: center;">押出 スタンプ</p> <p style="text-align: center;">愛知県消防長会</p> </div> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する。</p> <p style="text-align: center;">愛知県消防長会</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">定期講習受講欄</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施機関</th> <th style="width: 15%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施機関</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	定期講習受講欄				年月日	実施機関	年月日	実施機関																				
定期講習受講欄																													
年月日	実施機関	年月日	実施機関																										

200mm

70mm

患者等搬送事業認定（更新）申請書	
年 月 日	
様	
申請者 住 所	
職・氏名	
印	
患者等搬送事業の認定（更新）について下記のとおり申請いたします。	
記	
事業所名	
所在地	電話
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	
※ 受 付	

- (注) 1 ※には記入しない。
2 必要な関係書類を添付すること。
3 2部提出すること。

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	有の場合は案内書を添付すること。				
特定医療機関との契約の有無	有・無	有の場合は医療機関名及び契約内容を記入すること。				
特定行政機関との契約の有無	有・無	有の場合は行政機関名及び契約内容を記入すること。				
その他	会員数		会費			

患者等搬送用自動車届

車種(型式)		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
換気装置	有・無	冷房装置	有・無
暖房装置	有・無	通信装置種別	
ストレッチャー等の固定装置		有・無	
車椅子等の昇降装置		有・無	
消毒表の表示位置			
積載資器材			
品名	数量	品名	数量

車両写真添付

(前面)

(後面)

(右側面)

(左側面)

認定審査基準表

事業所名			
所在地		電話	
管理責任者 職・氏名			
審査項目		判定	不適内容
1	乗務員の資格要件	適・不適	
2	1台当たりの乗務体制	適・不適	
3	患者等搬送用自動車	(1) 緩衝装置	適・不適
		(2) 換気及び冷暖房装置	適・不適
		(3) 室内のスペース	適・不適
		(4) ストレッチャー等の固定	適・不適
		(5) 車椅子等の昇降装置	適・不適
		(6) 通信及び連絡装置	適・不適
4	車両の外観	適・不適	
5	積載資器材	適・不適	
6	車両・資器材の消毒体制	適・不適	
7	乗務員の服装	適・不適	
8	パンフレット等の表示	適・不適	
9	道路運送法の許可、登録の状況	適・不適	
備考			

認定（否認定）結果通知書

第 号
年 月 日

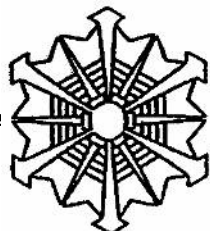
様

消防長

年 月 日付で申請のあったことは、
認定します。
認定しません。

記

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
認定番号	
否認定理由	



第 号

認 定 証

患者等搬送事業認定基準に
適合していると認定する。

所在地

名称

有効期限

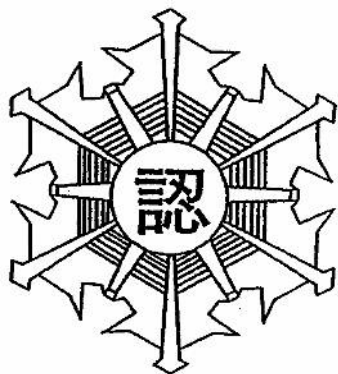
年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

瀬戸市消防長

患者等搬送事業者認定マーク

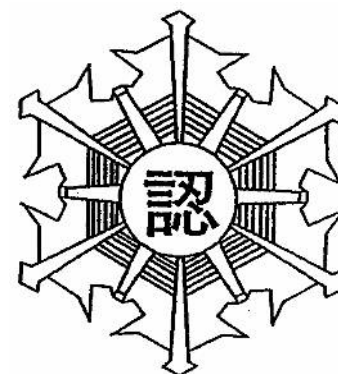


患者等搬送に適合する事業者
として認定する。

瀬戸市消防本部

- 地…緑色、文字…黒色、マーク…金色
- 横23.7cm、縦36cm

患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用）

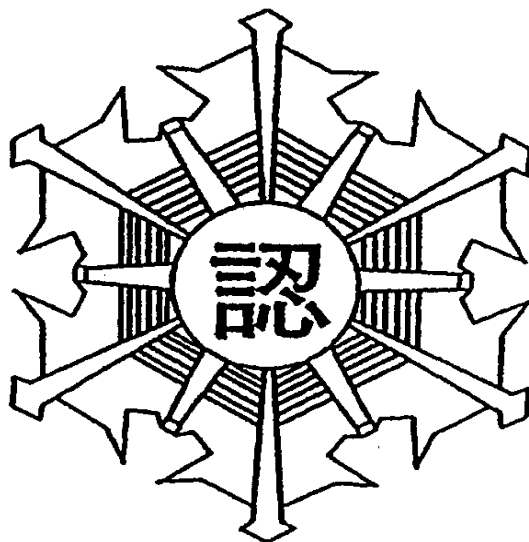


患者等搬送(車椅子専用)に適合
する事業者として認定する。

瀬戸市消防本部

- 地…ピンク色、文字…黒色、マーク…金色
- 横23.7cm、縦36cm

患者等搬送事業者認定マーク



患者等搬送に適合する事業者
として認定する。

瀬戸市消防本部

- 地…緑色、文字…黒色、マーク…金色
- 横23.7cm、縦36cm

患者等搬送用自動車認定マーク



患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面であって運転者の視野を妨げない見やすい位置に貼付するものとする。

- 地…緑色、文字…黒色、マーク…金色
- 直径…9 c m

患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）



患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）は、自動車後面であって運転者の視野を妨げない見やすい位置に貼付するものとする。

- 地…ピンク色、文字…黒色、マーク…金色
- 直径…9 c m

年 月 日

様

受 領 者

職・氏 名

印

認 定 等 受 領 書

下記事業所に係る認定証等を受領いたしました。

なお、認定証有効期間が経過したとき又は基準不適合により返納を求められた場合は、速やかに返納いたします。

記

所 在 地	電話		
名 称			
管理責任者 職・氏名			
認定証有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
認定証番号			
認定証等の種類及び数量	認定証	患者等搬送事業者 認定マーク	患者等搬送用自動車 認定マーク
	患者等搬送事業者認定 マーク（車椅子専用）		患者等搬送用自動車認定 マーク（車椅子専用）

年 月 日

様

受領者
職・氏名

印

認定等受領書

下記事業所に係る認定証等を受領いたしました。
なお、認定証有効期間が経過したとき又は基準不適合により返納を求められた場合は、速やかに返納いたします。

記

所在地	電話 ()		
名称			
管理責任職・氏名			
認定証有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
認定証番号	第 号		
認定証等の種類及び数量	認定証	患者等搬送事業者認定マーク	患者等搬送用自動車認定マーク

患者等搬送事業認定証等再交付申請書		
		年 月 日
様		
申請者 住 所		
氏 名		印
患者等搬送事業認定証等を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので患者等搬送事業認定証等の再交付について申請いたします。		
記		
事業所名		
所在地	電話	
認定証番号及び 交付年月日	第 号	年 月 日
種類		
理由		
※ 受 付		

(注) ※には記入しないこと。

第 号
年 月 日

様

消防長

認定取消通知書

下記の理由により、患者等搬送事業者として不相当と認めるので、認定を取り消します。

記

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
理由	

年 月 日

様

住 所
職・氏名

印

特 異 事 案 報 告 書

事業所名	
所在地	電話
管理責任者	
発生日時	年 月 日 (曜日) 時 分頃
発生場所 (住所)	
乗務員氏名	
収容予定医療機関 等	
変更後の医療機関 等	
変更理由	

事
案
の
概
要

対
応
（
措
置
）

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">業 務 内 容 変 更 届</p> <p style="margin: 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">様</p> <p style="margin: 0 0 0 150px;">住 所</p> <p style="margin: 0 0 0 150px;">氏 名</p> <p style="margin: 0 0 0 250px;">印</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">下記事業所について、業務内容変更の届出をいたします。</p> <p style="margin: 0 0 0 0;">記</p>	
事 業 所 名	
所 在 地	電 話
(変更の内容等)	
※ 受 付	

(注) ※には記入しないこと。

患者等搬送事業者台帳

事業所名			
所在地			
管理責任者 職・氏名			
申請年月日	年 月 日	認定番号	第 号
認定年月日	年 月 日		
更新年月日	年 月 日	認定番号	第 号
更新年月日	年 月 日	認定番号	第 号
更新年月日	年 月 日	認定番号	第 号
更新年月日	年 月 日	認定番号	第 号
経 過	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
備 考			

消防本部（局） _____

患者等搬送事業者の認定について

消 防 本 部 名	
認 定 年 月 日	
事 業 所 名	
所 在 地 電 話 番 号	
管 理 責 任 者 職 名	
患者等搬送用自動車 の 保 有 台 数	
患者等搬送乗務員 適任証の保有者数	
認定までに指導した 事項及び改善結果	
そ の 他	