様式第１号（第５条）

年　　月　　日

　四街道市消防長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称、代表者の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び所在地）

四街道市患者等搬送事業者認定申請書

　患者等搬送事業者の認定を受けたいので、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | |
| 所在地 | 電話 | | | | | |
| 管理責任者職氏名 |  | | | | | |
| 国土交通省の  許可又は登録 | □一般貸切旅客自動車運送事業  □一般乗用旅客自動車運送事業  □特定旅客自動車運送事業  □自家用有償旅客運送 | | | | | |
| 定款に定める  事業内容 |  | | | | | |
| ホームページ | □　有　　　　　　　□　無 | | | | | |
| パンフレット | □　有　　　　　　　□　無 | | | | | |
| 営業区域 |  | | | | | |
| 営業時間 |  | | | | | |
| 乗務員数 | 総数 | 人 | 昼 | 人 | 夜 | 人 |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年間営業実績 | 入院 |  | | | 通院 |  | |
| 転院 |  | | | 退院 |  | |
| 社会福祉施設  への送迎 |  | | | その他 |  | |
| 特定病院との  契約の状況 |  | | | | | | |
| 特定行政機関との  契約の状況 |  | | | | | | |
| 会員数 | 人 | | | | | | |
| 使用車両台数 | 患者等搬送用自動車 | | 台 | 患者等搬送用自動車（車椅子専用） | | | 台 |

様式第２号（第５条）

乗務員名簿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏名 | 生年月日 | 適任証等 | | |
| 交付機関名 | 交付年月日 | 種別 |
| 適任証番号 |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |
|  |  | 年　月　日  （　　　歳） |  | 年  　　月　日 | □適任証  □適任証（車椅子専用） |
|  |

様式第３号（第５条）

患者等搬送用自動車届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | □患者等搬送用自動車□患者等搬送用自動車（車椅子専用） | | | | | | | | | | | | | | |
| 種別 | □寝台車　　　　□寝台・車椅子兼用車　　□車椅子専用車 | | | | | | | | | | | | | | |
| 車両への収容方法 | □ストレッチャー　　　□リフト　　　　　　　□スロープ | | | | | | | | | | | | | | |
| 車種 | |  | | | | | | 塗色 | | | |  | | | |
| 車両番号 | |  | | | | | | 定員 | | | | 人 | | | |
| 患者等収容部分の大きさ | | | | | | | 長さ | | | | | ㎝ | | | |
| 幅 | | | | | ㎝ | | | |
| 高さ | | | | | ㎝ | | | |
| 換気装置 | □有・□無 | | | | | | 冷房装置 | | | | | □有・□無 | | | |
| 暖房装置 | □有・□無 | | | | | | 通信装置種別 | | | | | □電話（携帯を含  む。） ・□無線 | | | |
| ストレッチャー  固定装置 | □有・□無 | | | | | | ストレッチャーの患者固定用ベルト | | | | | □有・□無 | | | |
| 車椅子の固定装置 | □有・□無 | | | | | | その他 | | | | |  | | | |
| ストレッチャーの大きさ | | | 長さ | | ㎝ | | | | 幅 | | ㎝ | | 高さ | ㎝ | |
| 消毒表示の表示位置 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | 汚物入れ | | | | | | | | |  |
| まくら | | | |  | | 体温計 | | | | | | | | |  |
| 三角巾 | | | |  | | 自動体外式除細動器（ＡＥＤ） | | | | | | | | |  |
| 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　　　　　） | | | |  | |  | | | | |  |

　備考

１　自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の積載は、任意とする。

２　患者等搬送用自動車（車椅子専用）にあっては、バックバルブマスク、敷物、まくら及びピンセットの積載は、任意とする。

|  |
| --- |
| 車両写真添付  （前面）  （後面） |

|  |
| --- |
| 車両写真添付  （右側面）  （左側面） |

様式第４号（第６条）

四街道市消防本部　指令第　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

四街道市消防長　　　　　　印

四街道市患者等搬送事業者認定・不認定通知書

　　　　　年　　月　　日付けで申請のありました患者等搬送事業者については、下記のとおり（認定した・不認定とした）ので、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第６条の規定により通知します。

記

１　認定

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 認定番号 | 第　　　　　　　　　号 |

２　不認定

理由

様式第５号（第7条第１項）

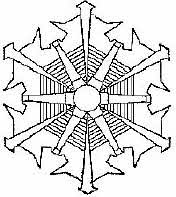
　その１

患者等搬送事業者認定証

患者等搬送に適合する事業者

として認定する。

四街道市消防本部



**認**

　備考

１　地色は緑色、文字は黒色、中央のマークは金色で表示する。

２　縦は３６．０センチメートル、横は２３．７センチメートルとする。

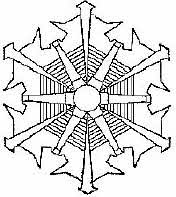
　その２

患者等搬送事業者（車椅子専用）認定証

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。

四街道市消防本部



**認**

　備考

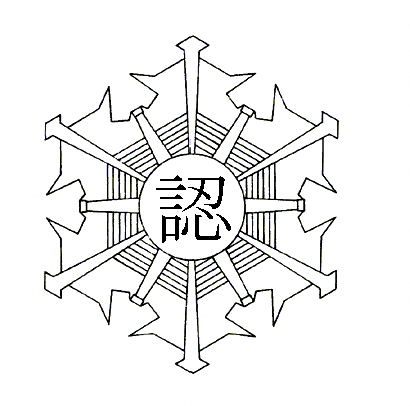
１　地色は桃色、文字は黒色、中央のマークは金色で表示する。

２　縦は３６．０センチメートル、横は２３．７センチメートルとする。

様式第６号（第７条第１項）

　その１

患者等搬送用自動車認定マーク



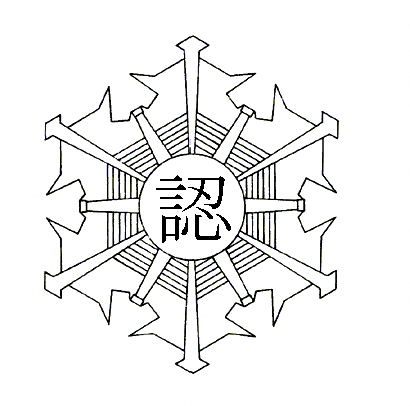
　備考

１　地色は緑色、文字は黒色、中央のマークは金色で表示する。

２　円の直径は、９センチメートルとする。

　その２

患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク



　備考

１　地色は桃色、文字は黒色、中央のマークは金色で表示する。

２　円の直径は、９センチメートルとする。

様式第７号（第７条第２項）

年　　月　　日

　四街道市消防長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受領者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称、代表者の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び所在地）

認定証等受領書

　下記のとおり認定証等を受領しました。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 認定番号 | 第　　　　　　　　　号 | | | |
| 認定証等の  種類及び数量 | 認定証 | 認定マーク | 車椅子専用 | |
| 認定証 | 認定マーク |
|  |  |  |  |

様式第８号（第１１条第１項）

年　　月　　日

　四街道市消防長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称、代表者の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び所在地）

四街道市認定証等再交付等申請書

　認定証等の再交付等を受けたいので、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第１１条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 種別 | * 再交付　□　増車　□　更新 |
| 事業所名 |  |
| 申請する  認定証等の種類 | □　患者等搬送事業者認定証  □　患者等搬送用自動車認定マーク  □　患者等搬送事業者（車椅子専用）認定証  □　患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 認定番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 申請理由 |  |

様式第９号（第１３条）

年　　月　　日

　四街道市消防長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称、代表者の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び所在地）

四街道市患者等搬送事業者認定失効届出書

　患者等搬送事業者の認定の失効について、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第１３条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 認定番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 失効年月日 | 年　　月　　日 |
| 失効内容 | □　国土交通大臣の許可等の取消又は失効  □　患者等搬送事業の廃止  □　認定の有効期間の満了 |

様式第１０号（第１５条）

年　　月　　日

　四街道市消防長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称、代表者の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び所在地）

特異事案報告書

　患者等搬送事業に係る特異事案について、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第１５条の規定により、下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 管理責任者職氏名 |  |
| 発生日時 | 年　　月　　日　　時　　分 |
| 発生場所 |  |
| 事案の概要 |  |
| 対応及び処置 |  |

様式第１１号（第１６条）

年　　月　　日

　四街道市消防長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称、代表者の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び所在地）

四街道市患者等搬送事業休止届出書

　患者等搬送事業の休止について、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第１６条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 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 | □　全部  □　一部（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 休止理由 |  |

様式第１２号（第１７条）

年　　月　　日

　四街道市消防長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称、代表者の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び所在地）

四街道市患者等搬送事業変更届出書

　　　　　年　　月　　日付けで認定の申請をした事項に変更が生じましたので、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第１７条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 認定番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 変更の内容 |  |

様式第１３号（第１９条第２項）

四街道市消防本部　指令第　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

四街道市消防長　　　　　　印

四街道市患者等搬送事業者認定取消通知書

　患者等搬送事業者の認定について、下記のとおり取り消したので、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第１９条第２項の規定により通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 |
| 認定番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 認定取消年月日 | 年　　月　　日 |
| 取消理由 |  |

様式第１４号（第２１条）

（表）

|  |
| --- |
| 消防徽章  第　　　　号  患者等搬送乗務員適任証  フリガナ  氏　　名  上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する。  　　　　年　　月　　日交付　　　　　　四街道市消防長 |

　備考

１　地色は緑色、文字は黒色、マークは灰色で表示する。

２　縦は５．４センチメートル、横は８．６センチメートルとする。

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 定　期　講　習　受　講　欄 | | | | | |  | 受講年月日 | 講習実施機関 | 有効期限 | 印 | | 講　習 |  |  |  |  | | 講　習 |  |  |  |  | | 講　習 |  |  |  |  | | 講　習 |  |  |  |  | | 備　考 |  | | | |   　注  １　患者等搬送業務に従事するときは、必ず携帯してください。  ２　消防機関が実施する定期講習を２年に１回以上受講することで適任証は継続します。  四街道市消防本部 |

様式第１５号（第２１条）

（表）

|  |
| --- |
| 消防徽章  第　　　　号  患者等搬送乗務員適任証  （車椅子専用）  フリガナ  氏　　名  上記の者は、患者等搬送乗務員（車椅子専用）に適することを証する。  　　　　年　　月　　日交付　　　　　　　四街道市消防長 |

　備考

１　地色は桃色、文字は黒色、マークは灰色で表示する。

２　縦は５．４センチメートル、横は８．６センチメートルとする。

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 定　期　講　習　受　講　欄 | | | | | |  | 受講年月日 | 講習実施機関 | 有効期限 | 印 | | 講　習 |  |  |  |  | | 講　習 |  |  |  |  | | 講　習 |  |  |  |  | | 講　習 |  |  |  |  | | 備　考 |  | | | |   　注  １　患者等搬送業務に従事するときは、必ず携帯してください。  ２　消防機関が実施する定期講習を２年に１回以上受講することで適任証は継続します。  四街道市消防本部 |

様式第１６号（第２２条第１項、第２３条第１項）

年　　月　　日

　四街道市消防長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称、代表者の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名及び所在地）

四街道市適任証等交付等申請書

　適任証等の交付等を受けたいので、四街道市患者等搬送事業者の認定に関する要綱第２２条第１項又は第２３条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | 写真貼付位置 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請内容 | □　交付  □　基礎講習又は基礎講習（車椅子専用）修了者  □　その他の者（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □　再交付  （　　　　年　　月　　日交付　第　　号）  （再交付理由　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 適任証等の種別 | □　適任証  □　適任証（車椅子専用） | |

　備考　写真１枚（縦３．０センチメートル×横２．５センチメートル、６月以内の撮影、正面、上半身、脱帽、裏面に氏名及び生年月日を記入したもの）を貼付すること。