

第1号様式（第4条関係）

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

年 月 日

大和市消防長 あて

（申請者）

所在地

名称

代表者氏名

印

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 ()		
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。

営業区域					
営業時間					
乗務員数	総数		昼		夜
年間営業実績	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してください			
特定病院との契約の有無	有・無	有の場合は医療機関名及び契約内容を記入してください			
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してください			
その他				会員数	人
使用車両台数	患者等搬送用自動車			患者等搬送用自動車（車椅子専用）	台

第3号様式（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		c m		
	幅				c m		
	高		さ		c m		
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・無線・ファクシミリ			
ストレッチャー固定装置	有・無	ストレッチャーの患者固定ベルト		有・無			
車椅子の固定装置	有・無						
ストレッチャーの大きさ	長さ	c m		幅	c m	高さ	c m
消毒表示の表示位置							
積 載	資		機		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				
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 患者等搬送用自動車の場合「※」について設置は任意とする。

注2 患者等搬送用自動車（車椅子専用）の場合「○」について設置は任意とする。

車両写真添付

(前面)

(後面)

車両写真添付

(右側面)

(左側面)