別表第１（第４条）

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 資器材名 |
| 呼吸管理用資器材 | バッグバルブマスクポケットマスク |
| 保温及び搬送用資器材 | 敷物保温用毛布担架まくら |
| 創傷等保護用資器材 | 三角巾ガーゼ包帯タオルばんそうこう |
| 消毒用資器材（車両及び資器材用） | 噴霧消毒器各種消毒薬 |
| その他の資器材 | はさみマスクピンセット手袋汚物入れ体温計自動体外式除細動器(AED) |

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。

別表第２（第２５条第２項）

|  |  |
| --- | --- |
| 課目 | 時間数 |
| 基礎講習 | 基礎講習（車椅子専用） | 補完講習 | 定期講習 |
| 総論 | 1 | 1 | 0.5 |  |
| 観察要領及び応急措置 | 13 | 9 | 3 | 2 |
| 体位管理要領 | 2 | 1 |  | 1 |
| 消防機関との連携要領 | 2 | 2 | 0.5 |  |
| 車両資器材の消毒及び感染防止要領 | 2 | 1 | 2 |  |
| 搬送法 | 2 | 1 |  |  |
| 修了考査 | 2 | 1 | 1 |  |
| 合計 | 24 | 16 | 7 | 3 |

備考　この表において課目の１の時間は、４５分とする。

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。