

患者等搬送乗務員適任証

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>	<p style="text-align: right;">第 号</p> <div style="text-align: center;">  <p>患者等搬送乗務員 適任証</p> </div> <p style="text-align: center;">我孫子市消防本部</p>
-----------------------------------	---

備考

- 1 地・・・水色、文字・・・黒色
- 2 横200mm、縦70mm

内側

(第1面)

(第2面)

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">30 mm</p> <p style="text-align: center;">写真</p> <p style="text-align: center;">40 mm</p> <p style="text-align: center;">押出 スタンプ</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>(ふりがな)</p> <p>氏 名</p> <p>年 月 日生</p> <p>本籍地</p> <p>年 月 日交付</p> </div> </div> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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;">我孫子市消防長</p> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">再講習受講欄</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施本部</th> <th style="width: 15%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施本部</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	再講習受講欄				年月日	実施本部	年月日	実施本部																								
再講習受講欄																																	
年月日	実施本部	年月日	実施本部																														

備考 横200mm、縦70mm

乗務員講習修了者等原票

ふりがな 氏名				
生年月日	年 月 日生			
住所	電話 ()			
本籍				
修了証 番号	第 号	講習修了 年月日	年 月 日	
適任証 番号	第 号	交付 年月日	年 月 日	
定期講習 (再講習) 受講経過				
定期講習 (再講習) 受講経過記録欄	受講年月日	受講場所	受講年月日	受講場所
	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	
備考				

患者等搬送乗務員適任証 (車椅子専用)

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>	<p style="text-align: right;">第 号</p>  <p>患者等搬送乗務員 適任証 (車椅子専用)</p> <p>我孫子市消防本部</p>
-----------------------------------	--

備考

- 1 地・・・ピンク色、文字・・・黒色
- 2 横200mm、縦70mm

内側

(第1面)

(第2面)

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">写真</p> <p style="text-align: center;">30 mm</p> <p style="text-align: center;">40 mm</p> <p style="text-align: center;">押出 スタンプ</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>(ふりがな) 氏 名</p> <p>年 月 日生</p> <p>本籍地</p> <p>年 月 日交付</p> </div> </div> <p style="margin-top: 10px;">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。</p> <p style="text-align: right;">我孫子市消防長</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">再講習受講欄</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">年 月 日</th> <th style="width: 25%;">実施本部</th> <th style="width: 25%;">年 月 日</th> <th style="width: 25%;">実施本部</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	再講習受講欄				年 月 日	実施本部	年 月 日	実施本部																												
再講習受講欄																																					
年 月 日	実施本部	年 月 日	実施本部																																		

備考 横200mm、縦70mm

乗務員講習修了者等原票（車椅子専用）

ふりがな 氏 名				

生年月日	年 月 日生			
住 所	電話（ ）			
本 籍				
修了証 番 号	第 号	講習修了 年 月 日	年 月 日	
適任証 番 号	第 号	交 付 年 月 日	年 月 日	
定期講習（再講習）受講経過				
定期講習（再講習） 受講経過記録欄	受講年月日	受講場所	受講年月日	受講場所
	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	
備 考				

特例認定申請書

<div style="text-align: right; margin-bottom: 20px;">年 月 日</div> <p>我孫子市消防長 あて</p> <div style="text-align: right; margin-top: 100px;"> (申請者) 住所 職・氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">印</div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">のりづけ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">貼 付</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">写 真 4 cm × 3 cm</div>	本籍地	都 道 府 県	
	住 所	電 話 ()	
	ふりがな 氏 名	生年月日	年 月 日生
	撮影年月日		
勤 務 先	所 在 地		
	名 称	電 話 ()	
特例を申請する 内 容			
※ 受 付 欄		※ 経 過 欄	

備考

- 1 患者等搬送乗務員適任者講習を修了した者と同等以上と認められる資格を証明するものを添付してください。
- 2 写真2枚（申請日の6ヶ月以内に撮影した上半身像（縦4cm×横3cm、無帽、無背景）とし裏面に氏名及び年齢を記入したもの）1枚は申請書にのりづけ、他1枚は添付してください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

適任証再交付申請書

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
(申請者) 住所 職・氏名 印	
のりづけ 貼 付 ----- 写 真 4 cm × 3 cm	本籍地 都 道 府 県
	住 所 電 話 ()
	ふりがな 生年月日 氏 名 年 月 日生
	撮影年月日 年 月 日撮影
勤 務 先	所 在 地 名 称 電 話 ()
再交付申請理由	
適 任 証 交付番号	第 号 交 付 日 年 月 日交付
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄

備考

- 1 写真2枚（申請日の6ヶ月以内に撮影した上半身像（縦4cm×横3cm、無帽、無背景）とし裏面に氏名及び年齢を記入したもの）1枚は申請書にのりづけ、他1枚は添付してください。
- 2 患者等搬送乗務員適任証の交付番号、交付年月日を記入してください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

消毒実施記録表

実施年月日	使用薬品及び濃度	実施者	確認欄
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			

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
(申請者) 住所 職・氏名	
印	
患者等搬送事業の認定（更新）について次のとおり申請いたします。	
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送業務
事 業 所 名	
所 在 地	〒
連 絡 先	電話 () FAX ()
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 欄	※ 経 過 欄

備考

- 1 必要な関係書類を添付すること。
- 2 2部作成し、提出すること。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

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	病院への通入院			老人ホームへの送迎			
	退院			旅行			
	通院			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載してください。					
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載してください。					
その他	会員数			会費			

車両写真添付（前面）

車両写真添付（後面）

車両写真添付（右面）

車両写真添付（左面）

患者等搬送事業申請受理簿

申請番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	申請年月日	年 月 日
申請区分	<input type="checkbox"/> 患者搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者搬送事業（車椅子専用）	備考
審査結果	認定 ・ 否認定	
申請番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	申請年月日	年 月 日
申請区分	<input type="checkbox"/> 患者搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者搬送事業（車椅子専用）	備考
審査結果	認定 ・ 否認定	
申請番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	申請年月日	年 月 日
申請区分	<input type="checkbox"/> 患者搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者搬送事業（車椅子専用）	備考
審査結果	認定 ・ 否認定	

認定審査基準表

事業所名			
所在地		電話（ ）	
管理責任者・職指名			
自動車の形態		<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車 <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（車椅子専用）	
審査項目		判定	不適内容
1	乗務員の要件資格	適・不適	
2	1台あたりの乗務体制	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 ストレッチャー又は車椅子の固定	適・不適
		⑤ 乗降を容易にする装置	適・不適
		⑥ 通信、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・登録状況	適・不適	
備考			

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

実施者（所属） _____ （氏名） _____

第 号
年 月 日

認定審査結果通知書

様

我孫子市消防長

年 月 日付で申請のあったことについて、次により 認定する。／認定しない。

事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）
事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
認定番号	
認定期間	
認定しない理由	



第 号

認 定 証

様

我孫子市消防本部が定める患者等搬送事業認定基準に適合
していると認定する。

1 所在地

2 事業所名

3 有効期間 年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

我孫子市消防長

患者等搬送事業認定簿

認定番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	認定年月日	備考
	年 月 日	
認定番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	認定年月日	備考
	年 月 日	
認定番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	認定年月日	備考
	年 月 日	

認定事業者事業所台帳

事業所名		所在地	
管理責任者 職・氏名		連絡先	(TEL) (FAX) (e-mail)
認定番号	第 号	認定年月日	年 月 日
更新年月日		更新年月日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
経過欄			
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	
備考			

認定証等受領書

年 月 日

我孫子市消防長 あて

(受領者)

住所

職・氏名

印

事業所に係る認定証及び認定マークを受領しました。

なお、認定証有効期間が経過したとき又は、基準不適合等により貴職から返納を求められた場合は速やかに返納いたします。

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
認定番号	第 号
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで



第 号

認 定 証

（車椅子専用）

様

我孫子市消防本部が定める患者等搬送事業認定基準に適合
していると認定する。

1 所在地

2 事業所名

3 有効期間 年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

我孫子市消防長

患者等搬送事業認定簿（車椅子専用）

認定番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	認定年月日	備考
	年 月 日	
認定番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	認定年月日	備考
	年 月 日	
認定番号	事業所名	管理責任者
	所在地	連絡先
		(TEL) (FAX) (e-mail)
	認定年月日	備考
	年 月 日	

患者等搬送事業休廃止届

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
(申請者) 住所 職・氏名 印	
申請区分	<input type="checkbox"/> 事業休止 <input type="checkbox"/> 事業廃止
認定番号	第 号
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話 () FAX ()
管理責任者 職・氏名	
休廃止届出理由	
※ 受付欄	※ 経過欄

備考

- ※印欄は記入しないでください。

事業内容変更届

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
(申請者) 住所 職・氏名	
印	
事業所名	
所在地 連絡先	
管理責任者 職・氏名	
変更内容	
※受付欄	※経過欄

備考

※印欄は記入しないでください。

第 号
年 月 日

認定取消通知書

様

我孫子市消防長

次の理由により、我孫子市消防本部が認定する患者等搬送事業者として不相当と認められるので、認定を取り消します。

事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）
事業所名	
所在地	
管理責任者職・氏名	
認定番号	
取消理由	

第 号
年 月 日

認定証等返納請求書

様

我孫子市消防長

あなたの する事業所は、認定結果通知書のとおり、認定を取り消しましたので、速やかに認定書等を返納するよう請求します。

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
認定番号	
返納物（数）	

特異事案報告書

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
申請者（経営者） 住所 職・氏名 印	
事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）
事業所名	
所在地	
連絡先	
管理責任者 職・氏名	
認定番号	
発生日時	
報告区分	第35条第2項 <input type="checkbox"/> （1） <input type="checkbox"/> （2） <input type="checkbox"/> （3） <input type="checkbox"/> （4） <input type="checkbox"/> （その他）
乗務員氏名	
事案の概要	
対応・処置	

備考

※該当する区分に☑を付すること。

認定事業者調査表

事業所名			
所在地		電話（ ）	
管理責任者・職指名			
自動車の形態		<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車 <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（車椅子専用）	
調査項目		判定	不適内容
1	乗務員の要件資格	適・不適	
2	1台あたりの乗務体制	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 ストレッチャー又は車椅子の固定	適・不適
		⑤ 乗降を容易にする装置	適・不適
		⑥ 通信、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・登録状況	適・不適	
備考			

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

実施者（所属） _____ （氏名） _____

患者等搬送事業認定証再交付申請書

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
申請者（経営者） 住所 職・氏名 印	
事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）
事業所名	
所在地 連絡先	
管理責任者 職・氏名	
認定番号	
再交付申請理由	
※受付欄	※経過欄

備考

※印欄には記入しないでください。

認定マーク等再交付申請書

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
申請者（経営者） 住所 職・氏名 印	
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用） <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）
事 業 所 名	
所 在 地 連 絡 先	
管 理 責 任 者 職 ・ 氏 名	
認 定 番 号	
再交付申請理由	
※受付欄	※経過欄

備考

※印欄には記入しないでください。