第１号様式(第３条、第５条関係)

患者等搬送事業認定(更新)申請書

　　　　　　　　年　　月　　日

　相模原市消防局長

　　　　　（申請者）所在地

　　　　　　 名　称

　　　　 代表者氏名

電　話

相模原市患者等搬送事業認定要綱第３条第１項(第５条第１項)に基づき、認定(更新)を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 管理責任者  職・氏名 | 電話 | | | | | |
| 定款に定める  事業内容 | １ 一般乗用旅客自動車運送事業の許可を受けた者  ２ 一般貸切旅客自動車運送事業の許可を受けた者  ３ 特定旅客自動車運送事業の許可を受けた者  ４ 自家用有償旅客運送事業の登録を受けた者 | | | | | |
| 国土交通省  免許登録番号 |  | | | | | |
| 乗務員数 | 総数 | 人 | 昼 | 人 | 夜 | 人 |
| □乗務員が１名の場合、基準第７を遵守します。 | | | | | |
| 事業内容の  有 　無 | 有・無 | 有の場合は、パンフレット等を添付してください。 | | | | |
| 特記事項 |  | | | | ※ 受　付　欄 | |
|  | |

（注意）※印の欄は、記入しないてください。

相模原市患者等搬送事業基準第１｢事業免許等｣のいずれかを証するものの写しを添付してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）

第２号様式(第３条、第５条関係)

乗　務　員　名　簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 患者等搬送乗務員適任証 | | |
| 認定番号 | 交付年月日 | 最終再講習  受講日 |
|  | 年 月 日生  　 （ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　 （ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　 （ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
|  | 年 月 日生  　（ 　歳） |  | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 合　計 | | | | 名 |

(注意)各乗務員の患者等搬送乗務員適任証の写しを添付してください。　　　（Ａ４）

第３号様式(第３条関係、第５条関係)

（表）

患者等搬送用自動車届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 車　種　別 | □寝台車　　□寝台・車椅子兼用車　　□車椅子専用車 | | | | | |
| 車種（型式） |  | | | 塗　　　色 | |  |
| 車 両 番 号 |  | | | 定　　　員 | |  |
| 患者等収容部分の大きさ | | | | 長　　　さ | |  |
| 幅 | |  |
| 高　　　さ | |  |
| 換 気 装 置 | | | 有　・　無 | 車椅子固定装置 | | 有　・　無 |
| 冷暖房装置 | | | 有　・　無 | スロープ等(車椅子専用車) | | 有　・　無 |
| ストレッチャー等固定装置 | | | 有　・　無 | 通信装置種別 | | 電話・無線・ファクシミリ |
| 積　　載　　資　　器　　材 | | | | | | |
| 品　　　　名 | | 数　量 | | 品　　 名 | | 数　量 |
| バッグバルブマスク | |  | | 噴霧消毒器 | |  |
| ポケットマスク | |  | | 消毒薬(種類　　　　　　) | |  |
| 自動体外式除細動器※ | |  | | はさみ | |  |
| 敷物 | |  | | マスク | |  |
| 保温用毛布 | |  | | ピンセット | |  |
| ストレッチャー（車椅子） | |  | | 手袋 | |  |
| 簡易担架※ | |  | | 汚物入れ(膿盆等) | |  |
| まくら | |  | | 体温計 | |  |
| 三角巾 | |  | | その他 |  |  |
| ガーゼ | |  | |  |  |
| 包帯 | |  | |  |  |
| タオル | |  | |  |  |
| ばんそうこう | |  | |  |  |

※の資器材は、任意とする。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）

（裏）

|  |  |
| --- | --- |
| 車両写真添付（前後左右の４面とします。） | |
| 前面 | 後面 |
| 左面 | 右面 |

（Ａ４）

第４号様式(第３条関係)

患者等搬送事業認定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　様

　　　　　相模原市消防局長

　　　　　　　　 　　　　　 印

　相模原市患者等搬送事業認定要綱に基づき審査した結果、次のとおり患者等搬送事業の認定をすることに決定しましたので通知します。

１　所在地

２　名　称

３　有効期間

　　　　　　　　　年　　月　　日から

　　　　　　　　　年　　月　　日まで

４　認定マーク

　　(1) 患者等搬送事業者認定マーク　　　　枚・認定番号　　　　番

　　(2) 患者等搬送用自動車認定マーク　　　枚・認定番号　　　　番

（Ａ４）

第５号様式(第３条関係)

患者等搬送事業者認定マーク

|  |
| --- |
| 認  患者等搬送に適合する事業者  として認定する。  相模原市消防局 |

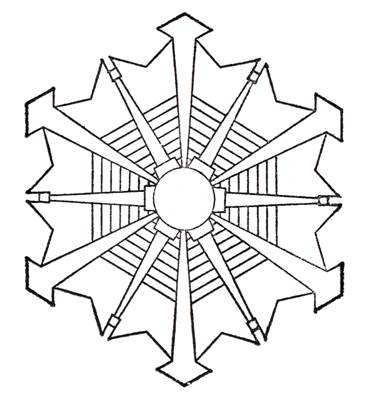
○　地色は黄淡色とし、文字は黒色、マークは金色とする。

（Ａ４）

第６号様式(第３条関係)

患者等搬送用自動車認定マーク

認



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。

○　地色は緑色とし、文字は黒色とし、マークは金色とする。

○　直径９センチメートル

第７号様式(第３条、第５条関係)

患者等搬送事業(自動車)否認定通知書

　　　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　様

　　　　　相模原市消防局長

　　　　　 　　　　　　　　印

相模原市患者等搬送事業認定要綱に基づく審査の結果、認定しないことに決定しましたので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 管理責任者職・氏名 |  |
| 調　査　年　月　日 |  |
| 否　認　定　理　由 |  |

（Ａ４）

第８号様式(第３条関係)

患者等搬送用自動車認定マーク交付申請書

年　　月　　日

相模原市消防局長

　　　　　　　 （申請者）所在地

　　　　　　　 　名　称

　　　　　　 　　 代表者氏名

　　　　　　　 電　話

　相模原市患者等搬送事業認定要綱第３条第３項に基づき、患者等搬送用自動車認定マークの交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 管理責任者職・氏名 |  |
| 申請理由 | □　増車のため  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請枚数 | 枚 |
| ※  受付欄 |  |

（注意）※印の欄は、記入しないてください。　　　　　　　　　　　　　 （Ａ４）

第９号様式(第３条関係)

患者等搬送用自動車認定マーク交付通知書

　　　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　様

相模原市消防局長

　　　　　　　 　　印

　相模原市患者等搬送事業認定要綱に基づき審査した結果、次のとおり患者等搬送用自動車認定マークを交付します。

１　交付枚数及び認定番号

(1) 交付枚数　　　　　　　　　　　　枚

(2) 認定番号 番

２　有効期間

　　　　　　　　　年　　月　　日から

　　　　　　　　　年　　月　　日まで

　　（Ａ４）

第１０号様式（第７条関係）

患者等搬送事業認定取消通知書

　　　第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　様

　　　　　 　　　相模原市消防局長

　　　　　　 　　　　　　 　 　印

相模原市患者等搬送事業認定要綱第７条第１項に該当しますので、認定を取り消し

ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 管理責任者職・氏名 |  |
| 取消理由 |  |

（Ａ４）

第１１号様式(第８条関係)

認　定　失　効　届　出　書

　　　　　 年　　月　　日

相模原市消防局長

　　（申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　名　称

　 　 　　　 　 代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　話

相模原市患者等搬送事業認定要綱第６条に基づき、認定が失効しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 失効内容 | １　国土交通大臣免許の取消又は失効  ２　患者等搬送事業の廃止  ３　認定の有効期間満了 |
| ※受付欄 |  |

（注意）「失効内容」の欄は、該当事項を○で囲んでください。

　　　　※印の欄は、記入しないでください。

　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　（Ａ４）

第１２号様式(第８条関係)

患者等搬送用自動車認定解除届

　　　　　 　　　　年　　月　　日

相模原市消防局長

（申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　名　称

　 　　　 　 　 代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　話

相模原市患者等搬送事業認定要綱第８条第２項に基づき、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 管理責任者  職・氏名 |  | |
| 認定を解除する自動車 | | |
| 車種（型式） | | 車両番号 |
|  | |  |
| ※受付欄 |  | |

（注意）※印の欄は、記入しないでください。

認定を解除する自動車から患者等搬送用自動車認定マークを外し、添付してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）

第１３号様式(第１０条―第１３条関係、第１５条関係)

(表)

患者等搬送乗務員適任証　　 第　　号

　　　　　　　 　ふりがな

　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　 　年　月　日生

　　　　　　　　　 　年　月　日交付

上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する。

相模原市消防局長　印

写真

（3.0ｃｍ×2.5ｃｍ）

54

86

（備考）地色は水色とし、文字は黒色とする。

(裏)

患者等搬送乗務員再講習受講欄等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 実施日 | 実施本部・備考欄 |
| 1 | ・　・ |  |
| 2 | ・　・ |  |
| 3 | ・　・ |  |
| 4 | ・　・ |  |
| 5 | ・　・ |  |

※ 患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること

（単位　ミリメートル）

第１４号様式(第１０条関係)

患者等搬送乗務員適任証交付申請書

年　　月　　日

相模原市消防局長

　　　　　（申請者）住所

　　　　　 氏名

　　　　　 電話

相模原市患者等搬送事業認定要綱第１０条に基づき、適任証の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 写　　　真  (正面､脱帽､上半身像、  6か月以内)  (横2.5cm×縦3cm)  貼付け | ふりがな | |
| 氏　　名 | |
| 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生 | |
| 住　　所  電話 | |
| 勤　務　先 | 名　　称 | |
| 所 在 地  電話 | |
| ※相模原市患者等搬送事業認定要綱第１０条 | | ※受　付　欄 |
| 第１号  第２号　医師、看護師、准看護師、保健師、助産師、医学士、看護学士、救急救命士  ・その他(　　　　　　　　) | |  |

（注意）※印の欄は、記入しないでください。

　　　　資格要件を証するものの写しを添付してください。

　　　　乗務員としての資格を証する書面の写しを添付してください。

　　　　写真は２枚（１枚貼付､１枚添付）をご用意ください。

（Ａ４）

第１５号様式(第１１条関係)

患者等搬送乗務員適任証変更申請書

年　　月　　日

相模原市消防局長

　　　　 （申請者）住所

　　　　 氏名

　　　　 電話

相模原市患者等搬送事業認定要綱第１１条第１項に基づき、適任証の記載事項等の変更を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

(注意) 患者等搬送乗務員適任証を添付してください。

（Ａ４）

第１６号様式(第１４条関係)

講 習 受 講 申 請 書

　　年　　月　　日

相模原市消防局長

　　　　　　　 　　 （申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　 　　　 　　　　　　　　　代表者氏名

　　 　　　　　　　電　話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | １　患者等搬送乗務員講習  ２　患者等搬送乗務員再講習  ３　患者等搬送乗務員再講習(更新有り) | |
| 写　　　真  (正面､脱帽､上半身像、  6か月以内)  (横2.5cm×縦3cm)  貼付け | ふりがな | |
| 氏　　名 | |
| 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生 | |
| 住　　所    電話 | |
| 勤　務　先 | 名　　称 | |
| 所 在 地  電話 | |
| ※　受　　付　　欄 | | ※　経　　過　　欄 |
|  | |  |

（注意）「区分」の欄は、該当講習を○で囲んでください。

適任証の交付若しくは前回の写真の更新から１０年が経過した場合は、区分欄の「３　患者等搬送乗務員再講習(更新有り)」を選択してください。

区分１及び３の申請は、写真２枚(１枚貼付､１枚添付)をご用意ください。

※印の欄は、記入しないでください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４）

第１７号様式(第１３条関係)

受　　　　講　　　　票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 | 第　　　号 | 種別 | １　患者等搬送乗務員講習  ２　患者等搬送乗務員再講習  ３　患者等搬送乗務員再講習(更新有り) |
| 氏　名 |  | | |
| 講習日時 | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日まで  　 　時　　分から　　　　　　　　　時　　分まで | | |
| 講習場所 |  | | |

（注意）患者等搬送乗務員再講習を受講される方は、適任証を持参してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ５）

第１８号様式(第１５条関係)

認定マーク(適任証)再交付申請書

　　年　　月　　日

　 相模原市消防局長

（申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（勤務先）

　 　　　　　　　　　代表者氏名

　 　　　　　（氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　電　話

相模原市患者等搬送事業認定要綱第１５条に基づき、再交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※  申請対象 | １　患者等搬送事業認定マーク  ２　患者等搬送用自動車認定マーク  ３　患者等搬送乗務員適任証 | | |
| 認定マーク又は適任証の交付年月日及び認定(交付)番号 | | | |
| 年　　月　　日交付　　　第　　　　　　号 | | | |
| 理　　　由 | 紛失・損・他（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 写　　真  (正面､脱帽､上半身像、  6か月以内)  (横2.5cm×縦3cm)  貼付け | | 備　考 |  |

（注意）※印の欄は、該当事項を○で囲んでください。

　適任証の再交付の申請者は、写真２枚(１枚貼付、１枚添付)をご用意ください。

（Ａ４）

第１９号様式(第１７条関係)

患者等搬送事業休止届出書

　　　　　 　　　　年　　月　　日

　相模原市消防局長

　　　　　 （申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　名　称

　 　　　　 　 　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　話

患者等搬送事業を休止しますので、相模原市患者等搬送事業認定要綱第１７条第１項に基づき、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 休止理由 |  |
| 休止内容 | １　全部  ２　一部（　　　　　　　　　　　　） |
| 休止予定期間 | 年　月　日から　　　年　月　日まで |
| ※受付欄 |  |

（注意）※印の欄は、記入しないでください。

患者等搬送事業を再開したときは、消防局に連絡してください。

（Ａ４）

第２０号様式(第１７条関係)

患者等搬送事業事故発生報告書

　　　　　 　　　　年　　月　　日

相模原市消防局長

　　　　 （申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　名　称

　 　　　 　 　 代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　話

相模原市患者等搬送事業認定要綱第１７条第２項に基づき、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 管理責任者  職・氏名 |  |
| 事故発生年月日 | 年　　月　　日 |
| 事故の概要 |  |
| 経過措置 |  |
| ※摘要 |  |

（注意）※印の欄は、記入しないでください。

　概要がわかる資料があれば添付してください。

　　　（Ａ４）

第２１号様式(第１７条関係)

患者等搬送事業認定変更届

　　　　　 　　　　年　　月　　日

相模原市消防局長

　　　（申請者）所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　名　称

　 　 　 　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　電　話

相模原市患者等搬送事業認定要綱第１７条第３項に基づき、届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 管理責任者  職・氏名 |  |
| 変更内容 | |
|  | |
| ※受付欄 |  |

（注意）※印の欄は、記入しないでください。

変更内容が分かる資料があれば添付してください。

（Ａ４）