別記様式第８号（第２１条関係）

|  |
| --- |
| **患者等搬送事業認定（更新）申請書**　　　　年　　月　　日　　備北地区消防組合消防長　様申請者　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　患者等搬送事業の認定（新規・更新）について，備北地区消防組合患者等搬送事業指導及び認定に関する要綱第２１条の規定により，次のとおり申請します。 |
| 申請区分 | □　ストレッチャー，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□　患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業 |
| 事業所名 |  |
| 所在地連絡先 | 電話　　　（　　　）　　　 |
| 経営者又は管理責任者 | 職　　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 国土交通省許可番号 | □一般乗用旅客自動車運送事業　□特定旅客自動車運送事業□一般貸切旅客自動車運送事業　□自家用有償旅客運送第　　　　　　号　○写しを添付してください。 |
| 定款に定める事業内容 |  |
| 営業区域 |  |
| 営業時間 |  |
| 認定番号（更新の場合記入） |  |
| 認定の有効期間（更新の場合記入） | 　　　　年 　 　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで |
| ＊　受付欄 | ＊　経過欄 |

備考　１　乗務員名簿（別記様式第９号），患者等搬送用自動車届（別記様式第１０号）及び自動車検査証の写しを添付してください。

２　申請書は，備北地区消防組合消防本部警防課又は事業所を管轄する消防署に提出してください。

３　＊印欄は記入しないでください。

 別記様式第８号（その２）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員数 |  | 料　金 |  |
| 乗務員数 | 総数 |  | 昼 |  | 夜 |  |
| 制服 | 色 |  | 形　式 |  |
| 年間営業実績件数 | 病院への通入院 |  | 老人ホーム送迎 |  |
| 退院 |  | 旅行 |  |
| 転院 |  | その他 |  |
| 事業案内書の有無 | 有・無 | 有の場合は，案内書を添付すること。 |
| 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すること。 |
|  |
| 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すること。 |
|  |
| その他 |  |

別記様式第９号（第２１条関係）

**乗務員名簿**

事業所名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 氏名 | 患者等搬送乗務員適任証患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用） |
| 適任証等交付番号 | 交付年月日 | 定期講習受講日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 第　　　号 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

別記様式第１０号（第２１条関係）

**患者等搬送用自動車届**

事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| 種別 | □　寝台車　　□　車椅子・寝台兼用車　　　　□　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（型式） |  | 自動車登録番号又は車両番号 |  |
| 塗色 |  | 定員 | 人 |
| 暖房装置 | □　有　　　□　無 | 冷房装置 | □　有　　　□　無 |
| 換気装置 | □　有　　　□　無 | 消毒実施記録票の位置 |  |
| ストレッチャーの固定装置 | □　有　　　□　無 | ストレッチャーの患者用固定ベルト | □　有　　　□　無 |
| 車椅子の固定装置 | □　有　　　□　無 | 車椅子の患者用固定ベルト | □　有　　　□　無 |
| 患者等収容部分の大きさ | 長さ　　　　　㎝　　　幅　　　　　㎝　　　高さ　　　　　㎝ |
| 通信装置種別 | 電話・無線・ファクシミリ・その他（　　　　　　　　　） |
| 積　　載　　資　　器　　材 |
| 品　　　名 | 数　量 | 品　　　名 | 数　量 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　備考　１　車両の前面，後面，右側面及び左側面の写真を添付すること。

　　　　２　該当する区分の□に✔印を記入すること。

　　　　３　この届出書は，２部提出してください。

|  |
| --- |
| **車両写真添付**（前面） |
| **車両写真添付**（後面） |

|  |
| --- |
| **車両写真添付**（右側面） |
| **車両写真添付**（左側面） |