

様式第 10 号（第 26 関係）

認 定 審 査 基 準 表

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	電話（ ）		
代表者・職氏名			
審査項目	判定	不適内容	
1 乗務員の資格要件	適・不適		
2 患者等搬送用自動車の要件	(1) 車内の広さ	適・不適	
	(2) 定員	適・不適	
	(3) 換気及び冷暖房	適・不適	
	(4) ストレッチャー又は車椅子の固定	適・不適	
	(5) " の大きさ	適・不適	
	(6) " の固定ベルト	適・不適	
	(7) 車椅子の乗降を容易にする装置	適・不適	
	(8) 通信連絡装置等	適・不適	
3 赤色灯及びサイレンの装置	適・不適		
4 車体表示	適・不適		
5 積載資器材	適・不適		
6 消毒記録票	適・不適		
7 服装	適・不適		
8 パンフレット等への表示状況	適・不適		
9 道路運送法の許可、登録の状況	適・不適		
備考			