

様式第7号（第24関係）

患者等搬送用自動車表

自動車の区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（ストレッチャー及び車椅子） <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（車椅子専用）					
自動車の種別 (車名・型式)			塗色			
自動車登録番号			定員		人	
患者等収容部分の大きさ			長さ		cm	
			幅		cm	
			高さ		cm	
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 FAX 無線		
ストレッチャー又は車椅子の固定装置	有・無		ストレッチャーの患者固定用ベルト		有・無	
ストレッチャーの大きさ	長さ	cm	幅	cm	高さ	cm
車椅子の乗降を容易にする装置	有・無					
消毒票の有無						
積載資器材						
品名	数量	品名	数量	品名	数量	
ポケットマスク 三角巾 包帯 ガーゼ ばんそうこう タオル 担架 保温用毛布		噴霧消毒器 各種消毒薬 はさみ 手袋 マスク 臈盆汚物入れ 体温計		バックマスク まくら 敷物 ピンセット A E D		

営業区域						
営業時間			料金			
乗務員数	総数	(昼 · 夜)				
制服	色		形式			
年間営業実績件数	病院への通入院		施設等への送迎			
	退院		旅行			
	転院		その他			
事業案内書の有無	有・無	有り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	有り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	有りの場合は行政機関名及び契約内容を記入すること				
その他の						

車両写真添付用

(前 面)

(後 面)

車両写真添付用

(右側面)

(左側面)