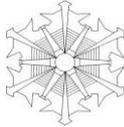


様式第1号（第7関係）

患者等搬送乗務員適任証

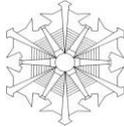
表紙（裏）	（表）
<p>※ 患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること。</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>患者等搬送乗務員 適任証</p> <p>大船渡地区消防組合消防本部</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>第 号</p> </div> </div>
<p>200 mm</p>	
<p>70 mm</p>	

（注）地色は水色とし、文字は黒色とする。

内面（第1面）	（第2面）																				
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="font-size: 8px;">30 mm</p> <p style="font-size: 8px;">40 mm</p> <p style="font-size: 8px;">写真</p> </div> <p style="margin-top: 10px;">ふりがな 氏名</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日生</p> <p style="margin-left: 100px;">本籍地</p> <p style="margin-left: 100px;">都道府県</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日交付</p> <p style="margin-top: 20px;">上記の者は、患者等搬送乗務員に 適することを証する。</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 30px; margin-left: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p style="margin-left: 100px;">大船渡地区消防組合消防本部消防長</p>	<p style="text-align: center;">定期講習（再講習）受講欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実 施 消防本部</th> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実 施 消防本部</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	年月日	実 施 消防本部	年月日	実 施 消防本部																
年月日	実 施 消防本部	年月日	実 施 消防本部																		
<p>200 mm</p>																					
<p>70 mm</p>																					

様式第2号（第7関係）

患者等搬送乗務員適任証

<p>表紙（裏）</p> <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;">（表）</p> <p style="text-align: right;">第 号</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">患者等搬送乗務員（車椅子専用） 適任証</p> <p style="text-align: center;">大船渡地区消防組合消防本部</p>
--	--

200 mm

70 mm

（注）地色は水色とし、文字は黒色とする。

<p>内面（第1面）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 100px; height: 100px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">30 mm</p> <p style="text-align: center;">40 mm</p> <p style="text-align: center;">写真</p> </div> <p>ふりがな 氏名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日生</p> <p>本籍地</p> <p style="text-align: right;">都道府県</p> <p style="text-align: right;">年 月 日交付</p> <p>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> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: center;">大船渡地区消防組合消防本部消防長</p>	<p>（第2面）</p> <p style="text-align: center;">定期講習（再講習）受講欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実 施 消防本部</th> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実 施 消防本部</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	年月日	実 施 消防本部	年月日	実 施 消防本部																
年月日	実 施 消防本部	年月日	実 施 消防本部																		

200 mm

70 mm





様式第5号（第24関係）

<p>患者等搬送事業認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">電話 ( )</p> <p style="text-align: center;">患者等搬送事業の認定（更新）について下記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
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	
代表者・職氏名	
許可等の登録番号	
定款に定める事業内容	
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄

- （注） 1 必要な関係書類を添付すること。  
 2 2部提出すること。  
 3 ※印の欄は、記入しないこと。



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	—
				F A X	—
				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 膿盆汚物入れ 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				

車両写真添付用

(前 面)

(後 面)

車両写真添付用

(右側面)

(左側面)

様式第 8 号（第 25 関係）

患者等搬送事業調査書

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		
調査項目	調査結果	
1 乗務員の資格要件		
2 患者等搬送用自動車	車内の広さ	
	定員	
	換気及び冷暖房	
	ストレッチャー等の固定	
	ストレッチャーの大きさ	
	ストレッチャーの固定ベルト	
	車椅子の乗降を容易にする装置	
	通信連絡装置等	
3 赤色灯及びサイレンの装備		
4 車体の表示		
5 積載資器材		
6 消毒票の有無		
7 服装		
8 パンフレット等への表示状況		
9 道路運送法の許可、登録の状況		

様式第9号（第25関係）

第 年 月 日 号		
消防長 様		
大船渡消防署長		
患者等搬送事業調査報告書		
下記の事業所を 年 月 日調査したので報告します。		
記		
事業所	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）
	所在地	電話 ( )
	名称	_____
代表者・職氏名		_____
総合的結論		<input type="checkbox"/> 指導基準に適合している。 <input type="checkbox"/> 指導基準に適合していない。
意見		

（注） 患者等搬送事業調査書を添付すること。

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			

様式第 11 号（第 26 関係）

認定（否認定）結果通知書

第 号  
年 月 日

様

大船渡地区消防組合消防本部  
消防長

年 月 日付で申請のあったことについて、下記により

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	
代表者・職氏名	
認定番号	
否認定理由	

様式第 12 号（第 26 関係）

年 月 日

様

受 領 者  
職・氏 名

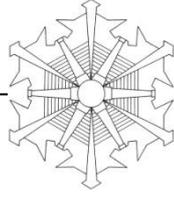
印

認 定 証 等 受 領 書

認定証及び認定マーク等下記のとおり受領いたしました。

記

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）
所在地	電話（ ）
事業所名	
代表者 職・氏名	
認定証 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
認定証番号	第 号
事業者マーク	枚
自動車マーク	枚



第 号

## 認 定 証

大船渡地区消防組合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。

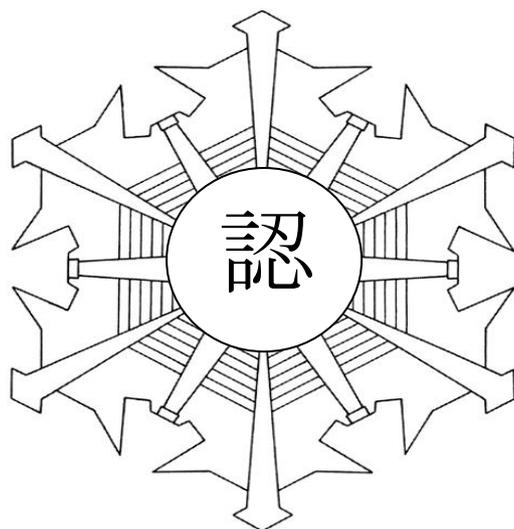
- 1 事業所名
- 2 代表者名
- 3 所在地
- 4 有効期間

年 月 日から  
年 月 日まで

年 月 日

大船渡地区消防組合消防本部  
消防長

患者等搬送事業者認定マーク



患者等搬送に適合する事業者  
として認定する。

大船渡地区消防組合消防本部

○地・・・緑色      文字・・・黒色      マーク・・・金色  
○横・・・23.7 cm      縦・・・36 cm

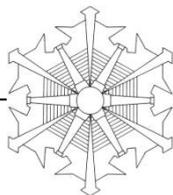
様式第 15 号（第 26 関係）

患者等搬送用自動車認定マーク



貼付位置は、別表第 2 によるものとする。

- 地・・・緑色      文字・・・黒色      マーク・・・金色
- 直径・・・9 cm



第 号

## 認 定 証

(車椅子専用)

大船渡地区消防組合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 事業所名
- 2 代表者名
- 3 所在地
- 4 有効期間

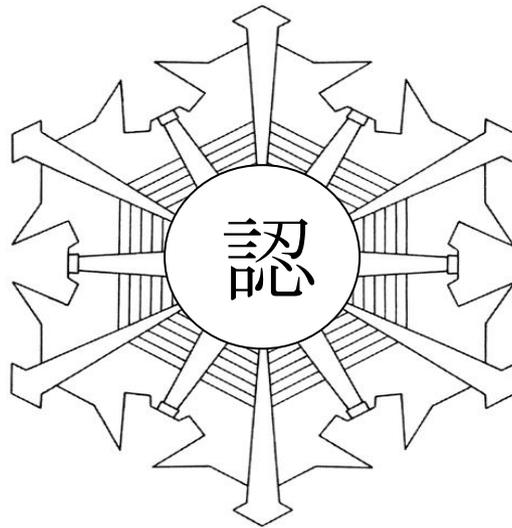
年 月 日から  
年 月 日まで

年 月 日

大船渡地区消防組合消防本部  
消防長

様式第 17 号（第 26 関係）

患者等搬送事業者（車椅子専用）認定マーク



患者等搬送（車椅子専用）に適合する  
事業者として認定する。

大船渡地区消防組合消防本部

○地・・・ピンク      文字・・・黒色      マーク・・・金色  
○横・・・23.7 cm      縦・・・36 cm

様式第 18 号（第 26 関係）

患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク



貼付位置は、別表第 2 によるものとする。

- 地・・・ピンク      文字・・・黒色      マーク・・・金色
- 直径・・・9 cm

様式第 19 号 (第 26 関係)

認 定 事 業 者 台 帳

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		代表者 職氏名		
所在地	電話 ( )			
認定交付番号	第 号			
認定年月日	年 月 日	更新年月日	年 月 日	
更新年月日	年 月 日	更新年月日	年 月 日	
更新年月日	年 月 日	更新年月日	年 月 日	
認定マーク数	事業者認定マーク 枚 自動車認定マーク ( 枚)			
患者等搬送用 自動車総台数 台	車 番	区 分	自動車登録番号	自動車電話番号
	1号車			
	2号車			
	3号車			
	4号車			
患者等搬送事業 の従業者数	総 数 名	適任証取得者		
		男 名	女 名	合計 名
		適任証 (車椅子専用) 取得者		
		男 名	女 名	合計 名
(備考)				



様式第 20 号（第 29 関係）

<p>患者等搬送事業認定証等再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>下記の理由により認定証等を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので、認定証等の再交付について申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>			
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 ( )		
認定証交付年月日	年 月 日	認定番号	第 号
申請区分	・認定証・事業者認定マーク・自動車認定マーク		
再交付理由			
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄		

(注) ※印の欄は、記入しないこと。

様式第 21 号（第 30 関係）

事業内容変更届出書  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>様</span> <span>年 月 日</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 20px;">                 届出書                  住所                  氏名             </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                 印             </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">下記事業所について、事業内容変更の届け出をします。</p> <p style="text-align: center;">記</p>			
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			
代表者・職氏名			
所在地	電話（ ）		
認定年月日	年 月 日	認定番号	第 号
変更の内容			
※ 受付欄	※ 経過欄		

（注）※印の欄は、記入しないこと。

第 号  
年 月 日

様

大船渡消防署長

認 定 取 消 調 査 書

下記の事業所を 年 月 日に調査したので報告します。

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	
代 表 者 ・ 職 氏 名	
認 定 証 番 号	第 号
調 査 内 容	
署 長 意 見	

第 号  
年 月 日

様

大船渡地区消防組合消防本部  
消防長

認 定 取 消 通 知 書

下記理由により、大船渡地区消防組合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。

記

事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 感謝等搬送事業 (車椅子専用)
事業所名	
所在地	
代表者・職氏名	
認定証交付年月日	
認定証番号	第 号
理由	

様式第 24 号（第 32 関係）

第 号

年 月 日

様

大船渡地区消防組合消防本部  
消防長

認 定 証 等 返 納 請 求 書

認定証及び認定マークを速やかに返納するよう請求します。

記

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	
返納理由	

様式第 25 号（第 34 関係）

特異事案・事故発生等報告書

年 月 日

様

事業所名

所在地

代表者職・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）		
認定証交付年月日	年 月 日	認定証交付番号	第 号
発 生 日 時	年 月 日（ 曜） 時 分頃		
発 生 場 所			
乗 務 員 氏 名			
特異事案等の内容 及びその後の処置			
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄		

（注） 1 特異事案等の報告に関する資料及び写真等を添付すること。

2 ※印の欄は、記入しないこと。

様式第 26 号（第 34 関係）

患者等搬送状況報告書

年 月 日

様

事業所名

所在地

代表者職・氏名

印

当事業所の 年 月中の患者等搬送状況は、次のとおりでしたので報告します。

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）		
搬送の区分		当月	累計
合計			
搬送要請時、救急車を必要とした件数			
搬送要請者の依頼場所到着時、救急車を必要とした件数			
患者等搬送中に救急車を必要とした件数			
医師、看護師等が同乗した件数			
法定伝染病等感染症患者等を搬送した件数			
小計			
特異事案報告分	業務中、患者が死亡した件数		
	業務中、患者等が負傷した件数		
	業務中、患者等搬送用自動車が交通事故を起こした件数		
	その他の特異事案		
	小計		

様式第 27 号 (別表第 5 関係)

患者等搬送乗務員講習受講申請書

様		申請者 住所 氏名	印
受講講習欄に○を 記入してください。		基礎講習	24 時間
		基礎講習 (車椅子専用)	16 時間
		定期講習 (再講習)	3 時間
前回受講した乗務員講習の修了年月日及び講習実施機関等を記入して下さい			
基礎・基礎 (車椅子)・定期講習		修了年月日	年 月 日
講習テキスト有無 有・無		講習実施機関	消防本部
適任証を交付されている方は、適任証情報を記入して下さい			
適任証・適任証 (車椅子)		適任証番号	交付機関 消防本部
のりづけ 写真 3 cm × 4 cm	ふりがな 氏名  ( 歳 ) 生年月日 年 月 日生		
	住所  連絡先 ( )		
勤務先	名称		
	所在地		
※受付欄 1		※経過欄	
(きりとり線)		(きりとり線)	
<b>受 講 票</b>			
※受付欄 2	講習区分	基礎講習・基礎講習 (車椅子専用)・定期講習	
	受講者氏名  生年月日 年 月 日生		
	住所		

- (注) 1 乗務員定期講習の場合は、写真添付の必要はありません。  
 2 写真は、受講申請 6 か月以内に撮影した正面上半身像 (3 cm × 4 cm) のもので、写真裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記入したものを 1 枚添付すること。  
 3 申請者氏名住所欄の記入は、法人にあってはその名称、代表者氏名及び主たる事務所の所在地を記入すること。  
 4 ※欄は、記入しないこと。  
 5 受講票の講習区分、受講者氏名、住所も記入すること。  
 6 受講票は受付時まで切り離さないこと。



第 号

修 了 証

氏 名 殿

年 月 日生

あなたは患者等搬送事業乗務員基礎講習  
を修了しました  
よってこれを証します

年 月 日

大船渡地区消防組合消防本部  
消防長 印

第 号

修 了 証

（車椅子専用）

氏 名 殿

年 月 日生

あなたは患者等搬送事業乗務員基礎講習  
（車椅子専用）を修了しました  
よってこれを証します

年 月 日

大船渡地区消防組合消防本部  
消防長 印

様式第 31 号（別表第 5 関係）

特 例 認 定 者 申 請 書

年 月 日	
様	
申請者 氏名	
印	
のりづけ 写 真  3 cm × 4 cm	ふりがな 氏 名
	住 所  電話 ( )
勤 務 先 名 称	
勤 務 先 所 在 地	電話 ( )
※受付欄	※経過欄

- (注) 1 患者等搬送乗務員基礎講習を修了したものと同等以上と認められる資格を証明するものの写しを添付すること。
- 2 写真は、受講申請 1 か月以内に撮影した正面上半身像（3 cm × 4 cm）のもので、写真裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載したものを 2 枚添付すること。
- 3 ※印の欄は、記入しないこと。

様式第 32 号（別表第 5 関係）

修了証再交付申請書  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年    月    日</div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">殿</p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">申請者 住所 氏名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">印</div> <p style="margin-top: 20px;">下記の理由により修了証・修了証（車椅子専用）を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので修了証の再交付について申請します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">記</p>	
事業所名	
所在地	電話    (    )
資格取得年月日	年    月    日
再交付の理由	
※受付欄	※経過欄

（注）※印の欄は、記入しないこと。

様式第 33 号（別表第 5 関係）

適任証再交付申請書  年 月 日  殿  申請者 住所 氏名 印  下記の理由により適任証・適任証（車椅子専用）を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので適任証の再交付について申請します。  記	
事業所名	
所在地	電話 ( )
適任証取得年月日	年 月 日
再交付の理由	
※受付欄	※経過欄

(注) 1 写真（受講 1 か月以内に撮影した正面上半身像（3 cm×4 cm）のもので、写真裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載したもの）を添えて申請すること。

2 ※印の欄は、記入しないこと。