

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)