

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		