

## 患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、豊中市域内の民間による患者等の搬送事業者に対し、必要な指導を行うとともに、一定の基準に適合する患者等の搬送事業者の認定を行うことにより、患者等の生命及び身体の安全を図ることを目的とする。

### (用語の意義)

第2条 この要綱における用語の定義は、次に定めるところによる。

- (1) 「患者等」とは、寝たきり老人、身体障害者及び軽い傷病人等をいう。
- (2) 「患者等搬送事業」とは、患者等の医療機関への入退院、通院及び転院並びに社会福祉施設への送迎に際し、患者等を搬送するために必要な構造及び設備を備えた専用自動車（以下「患者等搬送用自動車」をいう。）を用いて患者等の搬送を実施する事業をいう。
- (3) 「患者等搬送事業者」とは、患者等搬送事業を行う事業所の経営者又は管理責任者をいう。
- (4) 「認定事業者」とは、第3条により消防長が認定した患者等搬送事業者をいう。
- (5) 「乗務員」とは、患者等搬送用自動車に乗務し、患者等搬送の業務に従事する者をいう。
- (6) 「基礎講習」とは、別添1又は別添1-2に定める内容により消防機関が行う患者等搬送乗務員基礎講習をいう。
- (7) 「定期講習」とは、別添1-3に定める内容により消防機関が行う患者等搬送乗務員定期講習をいう。
- (8) 「特例認定者」とは、基礎講習修了者と同等以上の知識及び技術を有する者として消防長が認めた者（別添2）をいう。
- (9) 「適任証」とは、基礎講習を修了し、乗務員として勤務する者及び特例認定者に対して、消防長が交付する患者等搬送乗務員適任証をいう。
- (10) 「認定証」とは、消防長が認定事業者に交付する様式第1号及

び様式第1号の2の患者等搬送事業者認定証をいう。

(11) 「事業者認定マーク」とは、消防長が認定事業者に交付する別図1の患者等搬送事業者認定マークをいう。

(12) 「自動車認定マーク」とは、別図2に定める指導基準に適合するものとして消防長が認定した患者等搬送用自動車認定マークをいう。

(指導)

第3条 消防長は患者等搬送事業者に対し、別添3の指導基準により患者等の搬送業務が適正に行われるよう必要な指導を行うものとする。

(認定)

第4条 消防長は、別添4に定める認定基準に適合する患者等搬送事業者を、患者等の搬送に適する事業者として認定することができるものとする。

2 認定にあたっては、前項の患者等搬送事業者に対し、次の各号に定める事項を遵守することを条件とするものとする。

(1) 別添3の指導基準

(2) 第11条、第12条、第14条及び第18条から第20条の規定

(認定証等の交付)

第5条 消防長は、認定事業者に対し、認定証(様式第1号)、患者等搬送事業者認定マーク(別図1)及び患者等搬送用自動車認定マーク(別図2)(以下「認定証等」という。)を交付するものとする。

(認定の取消し)

第6条 消防長は、次の各号の一に該当するときは、認定取消通知書(様式第2号)により認定事業者に通知し、認定を取り消すことができるものとする。

(1) 別添4の認定基準に適合しなくなったとき

(2) 第4条第2項に定める事項を遵守しないとき

(3) 業務の遂行にあたって、人身事故又は感染事故等の重大な事故を発生させたとき

(4) その他認定を継続することが不相当と認めるとき

(認定の失効)

第7条 認定は、次の各号の一に該当するときは、認定はその効力を失うものとする。

- (1) 別添4の8の免許等が取り消され又は失効したとき
- (2) 患者等搬送事業を廃止したとき
- (3) 認定の更新をせず、認定の有効期間が満了したとき

(認定の申請)

第8条 認定を受けようとする患者等搬送事業者は、患者等搬送事業者認定(更新)申請書(様式第3号)を、消防長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、別添4の8に掲げる事業者であることを証する事業免許等の写し、乗務員名簿(様式第4号)、患者等搬送用自動車届(様式第5号)及び積載資器材表(様式第6号)を添付するものとする。

第9条 認定の事務手続は次により、行うものとする。

- (1) 消防長は、患者等搬送事業者から認定の申請があったときは、申請書の記載事項及び添付図書等を確認して患者等搬送事業者申請受付簿(様式第7号)により受付るものとする。
- (2) 消防長は、患者等搬送事業者調査報告書(様式第8号)により事前に調査を行うとともに、認定審査基準表(様式第9号)により審査を行い、認定することとしたときは患者等搬送事業者認定簿(様式第10号)に記載し、認定事業者台帳(様式第11号)を作成し、認定(否認)結果通知書(様式第12号)を送付する。
- (3) 消防長は、認定証等の交付時に患者等搬送事業者から認定証等受領書(様式第13号)を徴するものとする。

(認定の有効期間)

第10条 認定の有効期間は、認定の日から起算して5年とする。

(認定の有効期間の更新)

第11条 認定事業者は、認定の有効期間の更新を受けようするときは、患者等搬送事業者認定(更新)申請書に認定証を添え、当該認定証の有効期間が満了する日の1か月前から満了する日までの間に、消防長に申請するものとする。

2 認定の有効期間の更新手続きは、認定時の手続きを準用するものとする。

(認定証等の再交付)

第12条 認定事業者は、認定証等を亡失し、滅失し、又は破損等したときは、認定証等再交付申請書（様式第14号）により、消防長に申請するものとする。

(認定証等の再交付の事務手続)

第13条 認定書等の再交付の事務手続は、次により行うものとする。

- (1) 消防長は、認定事業者から認定証等の再交付の申請があったときは、記載事項の適否を確認のうえ患者等搬送事業者申請受付簿により受付けるものとする。
- (2) 消防長は、患者等搬送事業者認定簿により照合し、再交付を行うこととしたときは、認定証等再交付簿（様式第15条）及び認定事業者台帳（経過欄）に記載する。
- (3) 消防長は、送付された認定証等の再交付時に、申請のあった認定事業者から認定証等受領書を徴するものとする。

第14条 認定事業者は、次の各号の一に該当するときは、認定証等を消防長に返納しなければならない。

- (1) 第6条の定めにより認定を取り消されたとき
- (2) 第7条の定めにより認定の効力を失ったとき
- (3) 認定証等の再交付を受けた後、亡失した認定証等を発見したとき

2 消防長は、前項に定めるところにより認定証等の返納が行われないうときは、当該事業者に対し、認定証等返納請求書（様式第16号）により返納を求めるものとする。

3 消防長は、第1項第1号および第2号の定めるところにより認定証等を返納させたときは、この要綱に定めるところにより表示した患者等搬送用自動車車体の表示文字をすべて削除させるものとする。

(講習の実施等)

第15条 消防長は、乗務員に対し必要な知識、技術等の習得及び維持管理のため、別添1の講習の実施基準により基礎講習と定期講習を行うものとする。

2 消防長は、講習の実施計画を樹立し、あらかじめ実施日時及び実施場所等の必要な事項を患者等搬送事業者に通知するものとする。

第16条 講習事務処理、基礎講習修了証及び適任証及び適任証交付（再交付）又は特例認定者への適任証の交付手続きは、別添5によるものとする。

（適任証の有効期間）

第17条 適任証の有効期間は2年とする。ただし、定期講習を受講した者については、さらに2年間有効とし、以降も同様とする。

（業務内容の変更）

第18条 認定事業者は、認定を受けた業務内容に変更を生じたときは、業務内容変更届（様式第17号）により、速やかに消防長に届出るものとする。

（事業の廃止）

第19条 認定事業者は、認定を受けた事業を廃止したときは、患者等搬送事業廃止届（様式第18号）により、速やかに消防長に届出るものとする。

（特異事案等の報告）

第20条 認定事業者は、次の各号の一に該当するときは特異事案報告書（様式第19号）により、その概要を速やかに消防長に報告するものとする。

(1) 患者等の搬送中にその症状が悪化し、救急車を要請し又は当初予定していた収容先を変更したとき

(2) 第6条第1項第3号に定める重大な事故を発生させたとき

（指導及び事務手続）

第21条 消防長は、第18条から前条までの届出又は報告があったときは、認定事業者に対し必要な指導及び事務手続を実施するものとする。

（消防本部間における情報交換）

第22条 消防長は、患者等搬送事業者の認定及び取り消しを行った場合、並びに患者等搬送事業者の廃止の届出を受理した場合は、大阪府下消防長会会長あて報告するものとする。

附 則 （平成19年6月1日豊消救第3号消防長通知）

この要綱は、通知の日から施行する。

別記 1

消毒の実施要領

1 消毒の実施要領

| 区分   | 血液、嘔吐物による汚染を受けた場合                  | 左記以外の汚染の場合              |
|--|------------------------------------|-------------------------|
| 資器材  | 1 消毒剤による清拭<br>2 流水による洗浄<br>3 消毒、殺菌 | 1 流水による洗浄<br>2 消毒、殺菌    |
| 車内   | 1 消毒剤による清拭、噴霧消毒<br>2 流水による洗浄       | 1 流水による洗浄<br>2 消毒剤による清拭 |
| 備考<br>1 車内で水濡れを避けなければならない場合は、消毒剤による清拭を行うものとする。<br>2 消毒実施時にはディスポーサブルのビニール手袋等を装着すること |                                    |                         |

2 消毒の区分及び実施上の注意

| 区分   | 適用（濃度）等  | 使用上の注意   |
|------|--|--|
| 薬液消毒 | 塩化ベンザルコニウム<br>1 手指・皮膚 0.05 %～0.1%<br>2 器具類 0.1%<br>(作り方)<br>濃度 0.1%の消毒液 (1 ㍻)・消毒液 (原液 10%)<br>10cc+水 990cc   | 1 結核菌に対しては有効でない<br>2 石けん類は殺菌効果を弱めるので、クレゾール石けん液等との併用は避ける<br>3 血清、汚物等の存在下では著しく効果が減少するので、十分に洗い落としてから使用すること<br>4 合成ゴム製品、合成樹脂製品等への使用は避けることが望ましい |
|      | グルコン酸ヘキシジン<br>1 手指・皮膚 0.1%～0.5%<br>2 器具類 0.1%～0.5%<br>(作り方)<br>濃度 0.1%の消毒液 (1 ㍻)・消毒液 (原液 5%)<br>200cc+水 800cc  | 1 広範囲の病原微生物に対し効果があるが、芽胞に対しては必ずしも有効でない<br>2 石けん類は殺菌効果を弱めるので、クレゾール石けん液等との併用は避ける<br>3 希釈水が PH 8 以上のものでは沈澱することがある                              |
|      | クレゾール石けん<br>1 手指・皮膚 0.5%～1%<br>2 器具類 0.5%～1%<br>3 排泄物 1.5%<br>(作り方)<br>濃度 1%の消毒液 (1 ㍻)・消毒液 (原液 50%) 20 cc+水 980cc<br>濃度 1.5%の消毒液 (1 ㍻)・消毒液 (原液 50%) 30cc+水 970cc | 1 濃厚液が皮膚に付着した場合は、直ちにふきとり石けん水と水でよく洗い流す<br>2 浄水で希釈すると次第に混濁して沈澱することがあるので、このような場合は上澄み液を使用すること<br>3 ウィルスに対しては有効でない                              |

|        |            |   |   |
|--------|------------|---|---|
|        | 消毒用エタノール   | <p>1 手指・皮膚</p> <p>2 器具類</p> <p>※使用する時は必要な量だけ取り出し、原液の濃度をできるだけ変化させない</p>  | <p>1 希釈しないで使用する</p> <p>2 広範囲又は長期間使用する場合は、蒸気の吸入に注意すること</p> <p>3 血清、膿汁等の蛋白質を凝固させ内部にまで浸透しないことがあるので、これらが付着している場合は、十分に洗い落としてから使用すること</p> <p>4 手指・皮膚に使用した場合には、脱脂等により皮膚荒れを起こすことがある</p> <p>5 合成ゴム製品、合成樹脂製品等の器具は長時間浸漬しないこと</p> |
|        | 次亜塩素酸ナトリウム | <p>1 手指・皮膚 0.01%～0.05%</p> <p>2 器具類 0.02%～0.05%</p> <p>3 排泄物 0.1%～1%</p> <p>4 HB ウィルス</p> <p>(1) 汚染 1%</p> <p>(2) 汚染(疑) 0.1%～0.5%</p> <p>(作り方)</p> <p>濃度 1%の消毒液 (1ℓ)・消毒液(原液 6%) 167cc+水 833cc</p> <p>濃度 0.5%の消毒液 (1ℓ)・消毒液(原液 6%) 83cc+水 917cc</p> | <p>1 血清、膿汁等は、殺菌効果を減弱させるので、これらが付着している器具等に用いる場合は、十分に洗い流してから使用すること</p> <p>2 金属を腐蝕させるので、器具等に使用する場合には注意すること</p> <p>3 濃厚液が皮膚に付着した場合には、直ちにふきとり石けん水と水でよく洗い流す</p> <p>4 結核菌に対しては有効でない</p>                                       |
| その他の消毒 | 焼却         | <p>法定伝染病等の病原体により汚染された物件、器具等で、消毒後再び供用する目的のないもの、又は消毒費用に比較して安価な物は焼却することが望ましい</p>   |   |
|        | 日光消毒       | <p>衣類、毛布、敷物等で上記の消毒を実施できない場合は、薬液消毒と併用して直射日光消毒する</p>  |   |



別記2

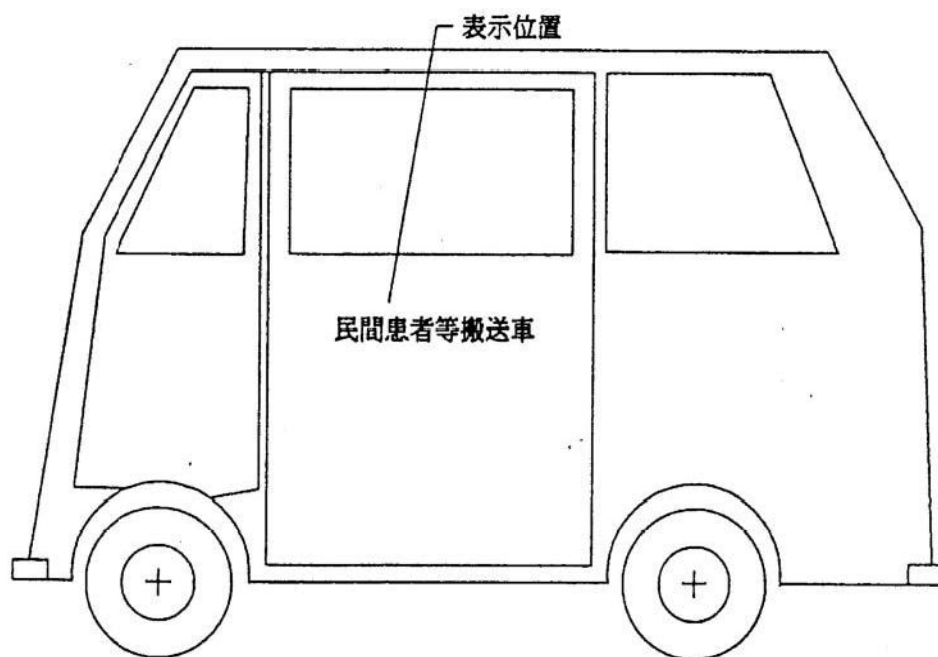
消毒実施記録票

| 実施月日 | 使用薬品及び濃度 | 実施者 | 確認印 |
|------|----------|-----|-----|
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |

### 別記 3

#### 患者等搬送用自動車の表示方法

- 1 表示文字は、次のとおりとする。
  - (1) 「民間患者等搬送車」等の表示を行うこと。
  - (2) 文字は横書きとし、自動車の両側面及び後面に表示すること
  - (3) 文字は、縦横 50 ミリメートル以上とすること。ただし、患者等搬送車の表示について国土交通省で定めがある場合は、この限りでない
  - (4) 「豊中市消防本部認定」の表示は任意とし、表示する場合の文字の大きさは縦横 50 ミリメートル以下とすること
- 2 患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面の見やすい位置とする。



別記 4

積 載 資 器 材

1 患者等搬送用自動車に積載する資器材

| 分類              | 品名  |
|-----------------|---|
| 呼吸管理用資器材        | ポケットマスク<br>手動式人工呼吸器（バックバルブマスク）                              |
| 創傷等保護用資器材       | 三角巾<br>包帯<br>ガーゼ<br>ばんそうこう<br>タオル                           |
| 保温・搬送用資器材       | 担架<br>まくら<br>敷物<br>保温用毛布                                    |
| 消毒用資器材（車両・資器材用） | 噴霧消毒器<br>各種消毒薬  |
| その他の資器材         | はさみ<br>ピンセット<br>感染防止用手袋<br>マスク<br>膿盆<br>汚物入れ<br>体温計<br>※AED |

※は任意の積載とする。

2 患者等搬送用自動車（車椅子専用）に積載する資器材

| 分類              | 品名   |
|-----------------|--|
| 呼吸管理用資器材        | ポケットマスク<br>※手動式人工呼吸器（バックバルブマスク）                              |
| 創傷等保護用資器材       | 三角巾<br>包帯<br>ガーゼ<br>ばんそうこう<br>タオル                            |
| 保温・搬送用資器材       | 担架<br>※まくら<br>※敷物<br>保温用毛布                                   |
| 消毒用資器材（車両・資器材用） | 噴霧消毒器<br>各種消毒薬   |
| その他の資器材         | はさみ<br>※ピンセット<br>感染防止用手袋<br>マスク<br>膿盆<br>汚物入れ<br>体温計<br>※AED |

※ は任意の積載とする。

## 講習の実施基準

## 1 患者等搬送乗務員基礎講習

| 実施者   | 消 防 長                               | 時間数 |
|---|-------------------------------------|-----|
| 講習内容  | 項 目                                 | 1   |
|   | 1 総論                                | 1 3 |
|   | 2 観察要領及び応急措置（一定頻度者が受講する講習と同等の内容を含む） | 2   |
|   | 3 体位管理要領                            | 2   |
|   | 4 消防機関との連携要領                        | 2   |
|   | 5 車両資器材の消毒及び感染防止要領                  | 2   |
|   | 6 搬送法                               | 2   |
|   | 7 効果測定                              | 2   |
| 講習時間  | 2 4 時間                              |     |
| 講師及び教材  | 実施者が定める                             |     |
| 備考  |                                     |     |
| 1 消防長が必要と認める場合は、講習内容及び講習時間等を変更することができる。       |                                     |     |
| 2 講習時間の1時間は、45分とする。                           |                                     |     |
| 3 基礎講習の効果測定は、合計100点の配点で実施し、80点以上の得点をもって合格とする。 |                                     |     |

1 - 2 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）

| 実施者  | 消 防 長                               | 時間数 |
|--|-------------------------------------|-----|
| 講習内容   | 項 目                                 | 1   |
|  | 1 総論                                | 9   |
|  | 2 観察要領及び応急措置（一定頻度者が受講する講習と同等の内容を含む） | 1   |
|  | 3 体位管理要領                            | 1   |
|  | 4 消防機関との連携要領                        | 2   |
|  | 5 車両資器材の消毒及び感染防止要領                  | 1   |
|  | 6 搬送法                               | 1   |
|  | 7 効果測定                              | 1   |
| 講習時間   | 1 6 時間                              |     |
| 講師及び教材   | 実施者が定める                             |     |
| 備考   |                                     |     |
| <p>1 消防長が必要と認める場合は、講習内容及び講習時間等を変更することができる。</p> <p>2 講習時間の1時間は、45分とする。</p> <p>3 基礎講習の効果測定は、合計100点の配点で実施し、80点以上の得点をもって合格とする。</p> |                                     |     |

1 - 3 患者等搬送乗務員定期講習

|   |              |     |
|---|--------------|-----|
| 実施者   | 消 防 長        |     |
| 講習内容  | 項 目          | 時間数 |
|   | 1 観察要領及び応急措置 | 2   |
|   | 2 体位管理要領     | 1   |
| 講習時間  | 3時間          |     |
| 講師及び教材  | 実施者が定める      |     |
| <p>備考</p> <p>1 消防長が必要と認める場合は、講習内容及び講習時間等を変更することができる。</p> <p>2 講習時間の1時間は、45分とする。</p> |              |     |

別添 2

患者等搬送乗務員基礎講習を修了した者と同等以上の知識及び技術を有する者

|   | 分 類   |
|---|---|
| 1 | 救急救命士の資格を有する者及び消防法施行規則第 51 条に定める救急業務に関する講習の課程を修了した者 |
| 2 | 前記 1 に掲げる者と同等以上の知識及び技術を有すると消防長が認める者                 |



## 患者等搬送事業指導基準

## 1 共通事項

| 項目         | 指導内容   |
|------------|--|
| 1 基本原則     | (1) 患者等からの通報の適正処理及び患者等の搬送技能の向上に努めること<br>(2) 生命に危険があり症状が悪化すると認められ緊急に医療機関その他の場所に搬送しなければならない患者等は搬送の対象としないこと<br>(3) 搬送する患者等の症状の悪化防止に万全の配慮を行い搬送途上において症状が悪化し緊急やむを得ない場合は必要最小限度の応急手当を行うこと<br>(4) 事業の社会的責任を十分自覚し 関連法規を遵守すること  |
| 2 消防機関への通報 | 次の一に該当する場合は、患者等のある場所、症状、既往症及び掛かりつけの医療機関等を消防機関へ通報し、救急隊を要請すること<br>(1) 患者等からの搬送依頼時において、依頼内容及び症状等の聴取結果から緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合<br>この場合においては、併せて乗務員を派遣すること<br>(2) 患者等のある場所への到着時において、症状等から緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合<br>(3) 患者等の搬送途上において、症状等から緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合 |
| 3 定期講習     | 乗務員の応急手当技能を適切に管理するため、適任証の交付を受けた乗務員に2年に1回以上定期講習を受講させること   |
| 4 車両の外観    | 患者等搬送用自動車はサイレン又は赤色警告灯を装備するなど、救急自動車と紛らわしい外観を呈していないこと  |
| 5 消毒       | (1) 患者等搬送用自動車及び積載資器材は、次により消毒を行うこと<br>ア 定期消毒 毎月1回以上<br>イ 使用後消毒 毎使用後<br>ウ 消毒の実施要領は、別記1によること<br>ただし、医師等から消毒について特別の指示があった場合は、指示に基づいた消毒を行うこと<br>(2) 定期消毒を行ったときは、その旨を消毒実施記録票（別記2）に記入し、患者等搬送用自動車の見やすい場所に表示すること  |
| 6 衛生・安全管理  | (1) 患者等搬送用自動車及び積載資器材は、清潔保持に努めるとともに、点検整備を確実にし、機能の適正保持に努めること<br>(2) 搬送業務中は、患者等及び同乗者に安全ベルトを着装させるなど安全搬送のための措置を講ずること<br>(3) 乗務員の服装は、患者等搬送業務を行うのにふさわしいものとし、清潔保持に努めること  |
| 7 事業案内     | パンフレット等の事業案内には、消防機関の行う救急業務と同レベルの活動ができる業務、又は直接に関連する業務であると誤解を招く表現は避けること  |
| 8 車両表示     | 患者等搬送用自動車には、別記3の表示方法により「民間患者等搬送車」等の表示を行うこと   |

2 ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業指導基準

| 項目             | 指導内容  |
|----------------|---|
| 1 乗務員の要件       | <p>患者等搬送用自動車の乗務員は、満 18 歳以上の者で次の各号のいずれかに該当する者をもって充てること</p> <p>(1) 別添 1 の患者等搬送乗務員基礎講習を修了し、適任証(様式第 20 号)の交付を受けた者</p> <p>(2) 特例認定者として適任証の交付を受けた者</p>  |
| 2 適任証の携行       | <p>搬送業務に従事するときは、乗務員に適任証を携帯させること</p>   |
| 3 運行体制         | <p>搬送業務は、患者等搬送用自動車 1 台につき原則として 2 名以上の乗務員をもって行わせること。ただし、退院を目的とした運行をする場合、又は医師若しくは看護師等が同乗する場合は、乗務員を 1 名とすることができる</p>   |
| 4 患者等搬送用自動車の要件 | <p>患者等搬送用自動車は、次に掲げる構造及び設備を有するものであること</p> <p>(1) 患者等搬送に適した緩衝装置</p> <p>(2) 患者等搬送に適した換気及び冷暖房の装置</p> <p>(3) 乗務員が業務を行うために必要なスペースストレッチャーが 1 台以上収容でき、かつ乗務員が業務を実施するために必要な容積を有し、室内の高さは、業務を行うのに支障のないものであること</p> <p>(4) ストレッチャー及び車椅子等を使用したまま確実に固定できる装置</p> <p>(5) 携帯電話又は無線機等の通信機器、連絡に必要な設備</p> |
| 5 積載資器材        | <p>患者等搬送用自動車には、別記 4 の患者等搬送用自動車に積載する資器材に掲げる患者等の応急手当に必要な救急資器材を備えること</p>   |

### 3 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業者指導基準

| 項目                    | 指導内容  |
|-----------------------|---|
| 1 乗務員の要件（車椅子専用）       | <p>車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車の乗務員（以下、「患者等搬送用自動車（車椅子専用）」という。）は、満 18 歳以上の者で、次の各号のいずれかに該当する者をもって充てること</p> <p>(1) 別添 1 - 2 の患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）を修了し、適任証（様式第 20 号の 2）の交付を受けた者</p> <p>(2) 特例認定者として適任証の交付を受けた者</p>   |
| 2 適任証（車椅子専用）の携行       | <p>搬送業務に従事するときは乗務員に適任証（車椅子専用）を携帯させること</p>   |
| 3 運行体制                | <p>搬送業務は、車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 1 台につき 1 名以上の乗務員（車椅子専用）をもって行わせること。ただし、搬送中に容態急変の可能性が高い場合等については、医師等を同乗させる、又は乗務員（車椅子専用）数を 2 名以上とする等、対応に必要な体制を確保すること</p>  |
| 4 患者等搬送用自動車（車椅子専用）の要件 | <p>患者等搬送用自動車（車椅子専用）は、次に掲げる構造及び設備を有するものであること</p> <p>(1) 患者等搬送に適した緩衝装置</p> <p>(2) 患者等搬送に適した換気及び冷暖房の装置</p> <p>(3) 乗務員が業務を行うために必要なスペース車椅子を 1 台以上収容でき、かつ乗務員が業務を実施するために必要な容積を有し、室内の高さは、業務を行うのに支障のないものであること</p> <p>(4) 車椅子を使用したまま確実に固定できる装置</p> <p>(5) 車椅子の乗降を容易にするための装置</p> <p>(6) 携帯電話又は無線機等の通信機器、連絡に必要な設備</p> |
| 5 積載資器材               | <p>患者等搬送用自動車には、別記 4 の患者等搬送用自動車（車椅子専用）に積載する資器材に掲げる患者等の応急手当に必要な救急資器材を備えること</p>  |

認 定 基 準

- 1 乗務員は満 18 歳以上の者で、適任証の交付を受けているものであること
- 2 患者等搬送用自動車は、次に掲げる構造及び設備を有するものであること
  - (1) 十分な緩衝装置を有すること
  - (2) 換気及び冷暖房の装置を有するものであること
  - (3) 乗務員が業務を行うために必要なスペースを有するものであること
  - (4) ストレッチャー及び車椅子等を確実に固定できる構造であること、ただし、車椅子専用の患者等搬送用自動車にあつては車椅子のみを確実に固定できる構造であること
  - (5) 携帯電話又は無線機等の通信機器、連絡に必要な機器を設置しているものであること
- 3 患者等搬送用自動車は、サイレン又は赤色警告灯を装備するなど、救急自動車と紛らわしい外観を呈していないこと
- 4 患者等搬送用自動車には、患者等搬送用自動車である旨の表示がされていること
- 5 患者等搬送用自動車には、応急手当に必要な資器材等を備えていること
- 6 消毒実施記録票が、患者等搬送用自動車内の見やすい場所に表示されていること
- 7 乗務員の服装は、患者等搬送業務にふさわしいもので、清潔さが保たれていること
- 8 認定対象となる患者等搬送事業者は、道路運送法（昭和 26 年法律第 183 号）に定める次の者とする。
  - (1) 一般乗用旅客自動車運送事業の許可を受けた者
  - (2) 一般貸切旅客自動車運送事業の許可を受けた者
  - (3) 特定旅客自動車運送事業の許可を受けた者

## 講習等の事務手続要領

## 1 基礎講習並びに基礎講習修了証及び適任証の交付

| 事務処理手順         | 処理要領  |
|----------------|---|
| 講習計画の樹立        | 1 消防長は、講習の実施計画を樹立し、実施日時及び場所等の必要事項を患者等搬送事業者に通知する   |
| 講習受講申込書の受理     | 1 受講申込は、講習受講申込書（様式第21号）により消防長に行う。<br>2 消防長は、記載事項の適否を確認のうえ講習受講通知書（様式第21号）に受講日時等の所定事項を記載し、当該申込者に手交する。なお、日本赤十字社の交付する救急員等の資格を有する者には、講習課目の一部を免除する旨を伝達する。 |
| 講習受講申込書及び名簿の整理 | 消防長は、講習受講申込書に基づき、基礎講習受講（修了）者名簿（様式第22号）に記載する。  |
| 講習修了証及び適任証の交付  | 消防長は、講習終了後、修了証（様式第23号）及び適任証を受講者に交付する。   |
| 原簿の整理等         | 消防長は、基礎講習受講（修了）者名簿に所要事項を記載し、講習修了者等原簿（様式第24号）を作成する。  |

2 定期講習及び講習修了の記録

| 事務処理手順         | 処理要領   |
|----------------|--|
| 講習計画の樹立        | 消防長は、講習の実施計画を樹立し、実施日時及び場所等の必要事項を患者等搬送事業者に通知する  |
| 講習受講申込書の受理     | 1 受講申込は、講習受講申込書により消防長に行う<br>2 消防長は、前項の申請があったときは、記載事項の適否を確認のうえ講習受講通知書に受講日時等の所定事項を記載し、当該申込者に手交する |
| 講習受講申込書及び名簿の整理 | 消防長は、講習受講申込書に基づき、定期講習受講（修了）者名簿（様式第 25 号）に記載する  |
| 適任証の交付         | 消防長は、講習終了後、適任証の定期講習受講欄に講習を修了した旨を記載して受講者に手交する   |
| 原簿の整理等         | 消防長は、定期講習受講（修了）者名簿により講習修了者等原簿を整理する   |

### 3 特例認定者への適任証の交付

| 事務処理手順      | 処 理 要 領  |
|-------------|--|
| 特例認定者申請書の受理 | 1 特例認定者として適任証の交付を受けようとする者は、特例認定申請書（様式第26号）に特例認定者として認められる資格を証明するものの写しを添えて、消防長に行う。<br>2 消防長は、前項の申請があったときは、記載事項及び添付図書等を確認のうえ、特例認定申請受付簿（様式第27号）により受付を行う。 |
| 適任証の交付等     | 1 消防長は、申請書に基づき特例認定（否認定）者名簿（様式第28号）に記載する。<br>2 消防長は、申請書及び資格を証明するものにより内容を審査し、特例認定者と認めるときは、適任証を作成し申請者に交付する。   |
| 原簿の整理等      | 消防長は、特例認定（否認定）者名簿に所要事項を記載し、講習修了者等原簿を作成する。  |

#### 4 修了証の再交付

| 事務処理手順         | 処 理 要 領  |
|----------------|--|
| 交 付 の 事 由      | 修了証の交付を受けている者が、その修了証を紛失又は汚損等をした場合において、再交付の申出があったときに行う。   |
| 再 交 付 の 申 請    | 1 再交付の申請は、修了証再交付申請書（様式第 29 号）により、消防長に行う<br>2 消防長は、前項の申請があったときは、記載事項の適否を確認のうえ、修了証等再交付申請受付簿（様式第 30 号）により受け付けを行う。 |
| 修了証の作成及び修了証の交付 | 消防長は、講習修了者等原簿により照合し、支障がないと認めるときは、修了証を作成し申請者に交付する。  |
| 交 付 簿 の 整 理 等  | 消防長は、修了証再交付簿（様式第 31 号）及び講習修了者等原簿の備考欄にその旨記載送付する。  |

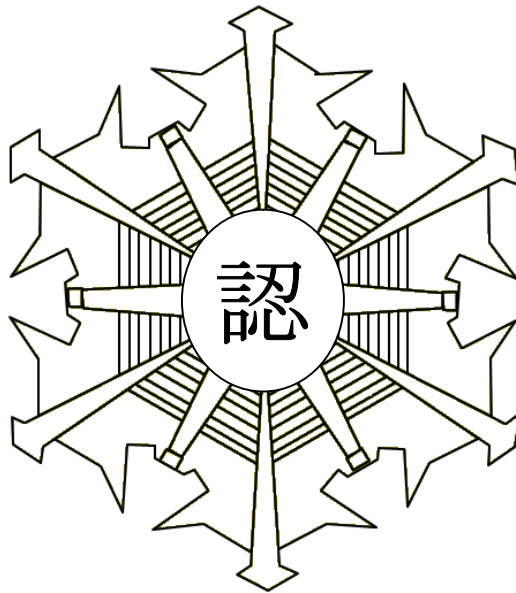


## 5 適任証の再交付

| 事務処理手順         | 処 理 要 領  |
|----------------|--|
| 交 付 の 事 由      | 適任証の交付を受けている者が、その適任証を紛失又は汚損等をした場合において、再交付の申出があったときに行う。                             |
| 再 交 付 の 申 請    | 1 再交付の申請は、適任証再交付申請書（様式第 32 号）により、消防長に行う<br>2 消防長は、前項の申請があったときは、記載事項の適否を確認のうえ受付を行う。 |
| 修了証の作成及び修了証の交付 | 消防長は、講習修了者等原簿により照合し、支障がないと認めたときは、適任証を作成し申請者に交付する                                   |
| 交 付 簿 の 整 理 等  | 消防長は、適任証再交付簿（様式第 33 号）及び講習修了者等原簿の備考欄にその旨記載送付する                                     |

別図 1

1 ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証マーク

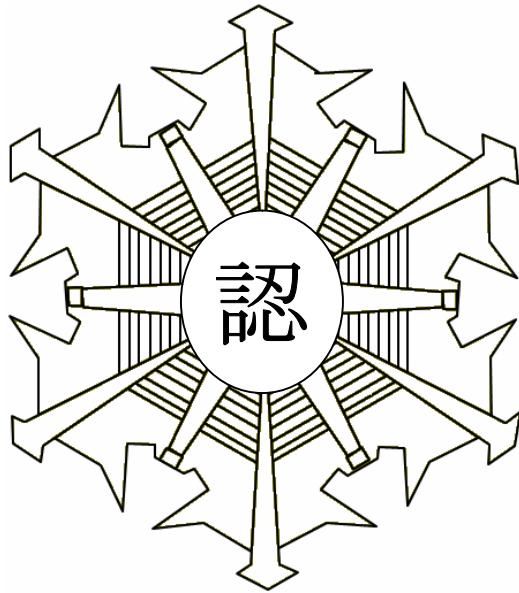


患者等搬送に適合する事業者として認定する。

豊中市消防本部

○地……緑色      文字……黒色      マーク……金色  
○横……237mm      縦……360mm

2車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証マーク



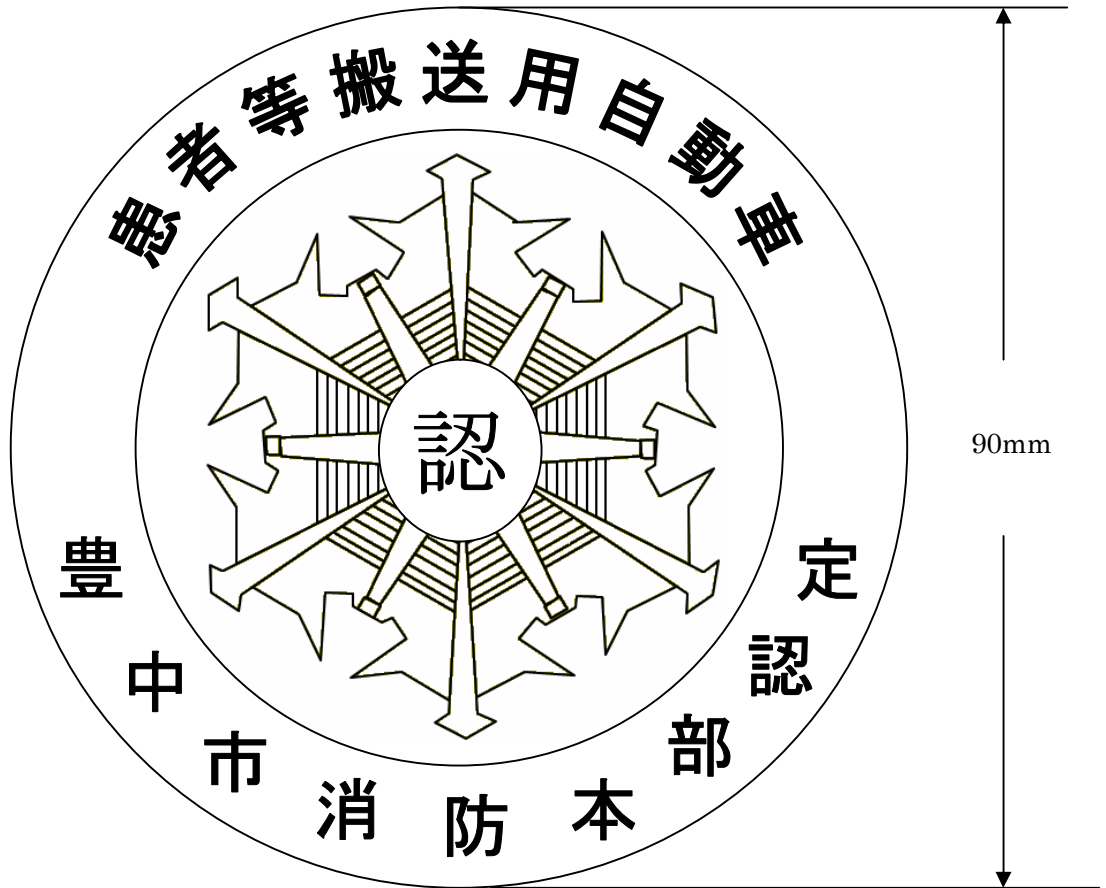
患者等搬送に適合する事業者として認定する。

豊中市消防本部

○地……ピンク色      文字……黒色      マーク……金色  
○横……237mm      縦……360mm

別図2

1 ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証マーク



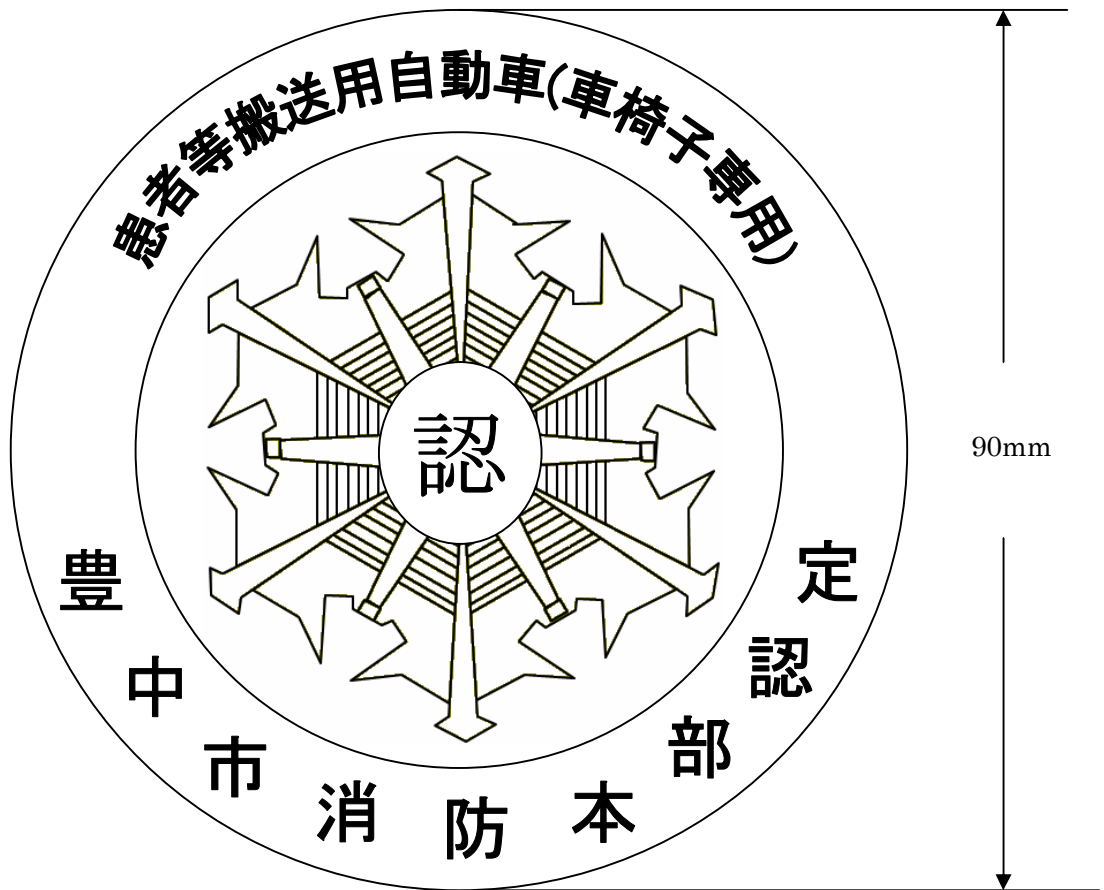
○地……緑色

文字……黒色

マーク……金色

○直径……9 cm

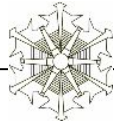
2車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証マーク



○地……ピンク色      文字……黒色      マーク……金色  
○直径……9 cm

様式第1号 (A4)

1 ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証



第 号

## 患者等搬送事業者認定証

様

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 所在地

2 名称

3 有効期間

年 月 日から  
年 月 日まで

年 月 日

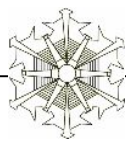
消 防 本 部

消防長

印

様式第1号 (A4)

2 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証



第 号

## 患者等搬送事業者認定証

(車椅子専用)

様

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 所在地

2 名称

3 有効期間

年 月 日から  
年 月 日まで

年 月 日

消 防 本 部

消防長

印

豊消防第 号

年 月 日

様

消 防 本 部

消防長

印

### 認定取消通知書

標題について、次の理由により 消防本部が認定する患者等搬送事業者として不適当と認められるので、認定を取り消します。

記

|               |  |
|---------------|--|
| 事業所名          |  |
| 所在地           |  |
| 管理責任者<br>職・氏名 |  |
| 認定事業内容        | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| (理由)          |  |

問合せ先

消防本部 課

電話番号 ( )



患者等搬送事業者認定（更新）申請書

年 月 日

消防本部  
消防長 様

申請者  
住所  
職・氏名 印

患者等搬送事業者認定（更新）について次のとおり申請します。

記

|                |   |
|----------------|---|
| 事業所名           |   |
| 所在地            | 電話番号 ( )  |
| 管理責任者<br>職・氏名  |   |
| 国土交通省番号        |   |
| 申請事業内容         | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| 定款に定める<br>業務内容 |   |
| ※<br>受付        |   |

- 注 1 認定事業内容欄は、患者等搬送事業者認定（更新）申請に該当する項目の□欄をチェックすること。  
 2 ※には記入しないこと。  
 3 必要な関係書類を添付すること  
 4 2部提出すること

|                    |                             |   |            |  |  |
|--------------------|-----------------------------|---|------------|--|--|
| 営業区域               |                             |   |            |  |  |
| 営業時間               |                             | 料 金   |            |  |  |
| 患者等搬送用自動車台数        |                             | ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車<br><div style="text-align: right;">台</div> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車<br><div style="text-align: right;">台</div>               |            |  |  |
| 乗務員総数              | 名                           | ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車<br><div style="text-align: center;">昼 名 夜 名</div> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車<br><div style="text-align: center;">昼 名 夜 名</div> |            |  |  |
| 制服                 | 色                           |   | 型 式        |  |  |
| 年間営業実績件数           | 医療機関への通入院                   |   | 社会福祉施設への送迎 |  |  |
|                    | 退 院                         |   | 旅 行        |  |  |
|                    | 転 院                         |   | そ の 他      |  |  |
| 事業案内書の有無           | 有・無 有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 有の場合は行政機関名及び契約内容を記入すること |   |            |  |  |
| 申請者が所有する他の患者等搬送事業所 | 有・無 有の場合は事務所の名称及び所在地を記入すること |   |            |  |  |
| そ の 他              | 会 員 数                       |   | 会 費        |  |  |

様式第4号

| 番号 | 氏名 | 年齢 | 適任証   |       |       |    |
|----|----|----|-------|-------|-------|----|
|    |    |    | 適任証種別 | 適任証番号 | 交付年月日 | 備考 |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |
|    |    | 歳  |       |       |       |    |

注 適任証種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員適任証 … 1
- 患者等搬送乗組員適任証（車椅子専用） … 2

様式第5号(その1)(A4)

| 患者等搬送用自動車届   |   |     |                  |             |    |    |
|--------------|---|-----|------------------|-------------|----|----|
| 事業所名         |   |     |                  |             |    |    |
| 種別           | <input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 寝台・車椅子兼用車 <input type="checkbox"/> 車椅子専用車 |     |                  |             |    |    |
| 車両への収容方法     | <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ     |     |                  |             |    |    |
| 車種(型式)       |   | 塗 色 |                  |             |    |    |
| 車両番号         |   | 定 員 |                  | 人           |    |    |
| 患者等収容部分の大きさ  |   | 長 さ |                  | mm          |    |    |
|              |   | 幅   |                  | mm          |    |    |
|              |   | 高 さ |                  | mm          |    |    |
| 換気装置         | 有 ・ 無   |     | 冷房装置             | 有 ・ 無       |    |    |
| 暖房装置         | 有 ・ 無   |     | 通信装置別            | 電話・無線ファクシミリ |    |    |
| ストレッチャー等固定装置 | 有 ・ 無   |     | ストレッチャーの患者固定用ベルト | 有 ・ 無       |    |    |
| 車椅子の固定装置     | 有 ・ 無   |     | ストレッチャー車椅子の収容台数  |             |    |    |
| ストレッチャーの大きさ  | 長さ  | mm  | 幅                | mm          | 高さ | mm |
| 消毒実施記録票の表示位置 |   |     |                  |             |    |    |
| 積 載 資 器 材    |   |     |                  |             |    |    |
| 品 名          | 数 量   |     | 品 名              | 数 量         |    |    |
|              |   |     |                  |             |    |    |

注 種別欄及び車両への収容方法欄は、該当項目の□欄をチェックすること

患者等搬送用自動車外観図（写真添付）その1

（前面）

（後面）

患者等搬送用自動車外観図（写真添付）その2

（右側面）

（左側面）

様式第6号

1 ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車

患者等搬送用自動車積載資器材一覧

| 分 類                      | 品 名                  | 数 量 |
|--------------------------|----------------------|-----|
| 呼 吸 管 理 用 資 器 材          | ポケットマスク              |     |
|                          | 手動式人工呼吸器 (バッグバルブマスク) |     |
| 創 傷 等 保 護 用 資 器 材        | 三角巾                  |     |
|                          | 包帯                   |     |
|                          | ガーゼ                  |     |
|                          | ばんそうこう               |     |
|                          | タオル                  |     |
| 保 温 ・ 搬 送 用 資 器 材        | 担架                   |     |
|                          | まくら                  |     |
|                          | 敷物                   |     |
|                          | 保温用毛布                |     |
| 消 毒 用 資 器 材<br>(車両・資器材用) | 噴霧消毒器                |     |
|                          | 各種消毒薬                |     |
| そ の 他 の 資 器 材            | はさみ                  |     |
|                          | ピンセット                |     |
|                          | 感染防止用手袋              |     |
|                          | マスク                  |     |
|                          | 膿盆                   |     |
|                          | 汚物入れ                 |     |
|                          | 体温計                  |     |
|                          | ※AED                 |     |

※は、任意の積載とする。

2 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車

患者等搬送用自動車積載資器材一覧

| 分 類                      | 品 名                   | 数 量 |
|--------------------------|-----------------------|-----|
| 呼 吸 管 理 用 資 器 材          | ポケットマスク               |     |
|                          | ※手動式人工呼吸器 (バッグバルブマスク) |     |
| 創 傷 等 保 護 用 資 器 材        | 三角巾                   |     |
|                          | 包帯                    |     |
|                          | ガーゼ                   |     |
|                          | ばんそうこう                |     |
|                          | タオル                   |     |
| 保 温 ・ 搬 送 用 資 器 材        | 担架                    |     |
|                          | ※まくら                  |     |
|                          | ※敷物                   |     |
|                          | 保温用毛布                 |     |
| 消 毒 用 資 器 材<br>(車両・資器材用) | 噴霧消毒器                 |     |
|                          | 各種消毒薬                 |     |
| そ の 他 の 資 器 材            | はさみ                   |     |
|                          | ※ピンセット                |     |
|                          | 感染防止用手袋               |     |
|                          | マスク                   |     |
|                          | 膿盆                    |     |
|                          | 汚物入れ                  |     |
|                          | 体温計                   |     |
|                          | ※AED                  |     |

※は、任意の積載とする。



様式第7号

患者等搬送事業者申請受付簿

|     |       |  |      |        |    |
|-----|-------|--|------|--------|----|
| 番 号 | 区 分   |  | 事業所名 |        | 備考 |
|     | 事業内容  | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |      |        |    |
|     | 所在地   | 電話番号 ( )   |      |        |    |
|     | 申請年月日 | 年 月 日  | 審査結果 | 認定・否認定 |    |
| 番 号 | 区 分   |  | 事業所名 |        | 備考 |
|     | 事業内容  | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |      |        |    |
|     | 所在地   | 電話番号 ( )   |      |        |    |
|     | 申請年月日 | 年 月 日  | 審査結果 | 認定・否認定 |    |
| 番 号 | 区分    |  | 事業所名 |        | 備考 |
|     | 事業内容  | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |      |        |    |
|     | 所在地   | 電話番号 ( )   |      |        |    |
|     | 申請年月日 | 年 月 日  | 審査結果 | 認定・否認定 |    |
| 番 号 | 区分    |  | 事業所名 |        | 備考 |
|     | 事業内容  | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |      |        |    |
|     | 所在地   | 電話番号 ( )   |      |        |    |
|     | 申請年月日 | 年 月 日  | 審査結果 | 認定・否認定 |    |

注1 区分欄には、認定の申請、再交付、更新及び取消等の別を記入すること

注2 事業内容欄は、認定申請書に記載されている申請事業に該当する□欄をチェックすること

第 号  
年 月 日

消 防 長 様

救 急 課  
(担当者氏名)

患者等搬送事業者調査報告書

記

標題について、次の事業所を 年 月 日に調査しましたので報告します。

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| 事 業 所          | 所 在 地  | 電話番号 ( ) |
|                | 名 称  |          |
| 事 業 内 容        | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |          |
| 管理責任者職・氏 名     |  |          |
| (意見)           |  |          |
| 項目別調査結果は別表のとおり |  |          |

注 事業内容欄は、認定申請書に記載されている申請事業に該当する□欄をチェックすること

(別表)

| 調 査 項 目                                    |                 | 調 査 結 果 |
|--|-----------------|---------|
| 1  | 乗務員の資格要件        |         |
| 2<br>患者<br>等<br>搬<br>送<br>用<br>自<br>動<br>車 | (1) 緩衝装置        |         |
|  | (2) 換気及び冷暖房装置   |         |
|  | (3) 室内のスペース     |         |
|  | (4) ストレッチャー等の固定 |         |
|  | (5) 乗降を容易にする装置  |         |
|  | (6) 通信、連絡装置     |         |
| 3  | 車両の外観           |         |
| 4  | 車体の表示           |         |
| 5  | 積載資器材           |         |
| 6  | 消毒実施記録票の表示      |         |
| 7  | 乗務員の服装          |         |
| 8  | 免 許 等           |         |
| 9  | パンフレット等の表示      |         |
| 調 査 者                                      | 階 級<br>氏 名      | 印       |

様式第9号 (A4)

| 認定審査基準表   |  |         |  |
|---|--|---------|--|
| 事業所名  |  |         |  |
| 所在地   | 電話番号 (      )  |         |  |
| 管理責任者<br>職・氏名                                     |  |         |  |
| 事業内容  | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 |         |  |
| 審査項目  | 判定   | 不適内容    |  |
| 1 乗務員の資格要件  | 適 ・ 不 適  |         |  |
| 2<br>患<br>者<br>等<br>搬<br>送<br>用<br>自<br>動<br>車    | (1) 緩衝装置   | 適 ・ 不 適 |  |
|   | (2) 換気及び冷暖房装置  | 適 ・ 不 適 |  |
|   | (3) 室内のスペース  | 適 ・ 不 適 |  |
|   | (4) ストレッチャー等の固定  | 適 ・ 不 適 |  |
|   | (5) 乗降を容易にする装置   | 適 ・ 不 適 |  |
|   | (6) 通信連絡装置   | 適 ・ 不 適 |  |
| 3 車両の外観   | 適 ・ 不 適  |         |  |
| 4 車体の表示   | 適 ・ 不 適  |         |  |
| 5 積載資器材   | 適 ・ 不 適  |         |  |
| 6 消毒実施記録票の表示                                      | 適 ・ 不 適  |         |  |
| 7 乗務員の服装  | 適 ・ 不 適  |         |  |
| 8 免許等   | 適 ・ 不 適  |         |  |
| 9 パンフレット等の表示                                      | 適 ・ 不 適  |         |  |
| 備考  |  |         |  |
| <p>注 事業内容欄は、認定申請書に記載されている申請事業に該当する□欄をチェックすること</p> |  |         |  |

様式第 10 号

患者等搬送事業者認定簿

|        |  |       |    |       |
|--------|--|-------|----|-------|
| 認定番号   | 管轄署  | 事業所名  |    | 管理責任者 |
|        | 所在地  |       |    | 電話番号  |
|        |  |       |    |       |
|        | 認定年月日  | 年 月 日 | 備考 |       |
| 認定事業内容 | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |       |    |       |
| 認定番号   | 管轄署  | 事業所名  |    | 管理責任者 |
|        | 所在地  |       |    | 電話番号  |
|        |  |       |    |       |
|        | 認定年月日  | 年 月 日 | 備考 |       |
| 認定事業内容 | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |       |    |       |
|        | 管轄署  | 事業所名  |    | 管理責任者 |
|        | 所在地  |       |    | 電話番号  |
|        |  |       |    |       |
|        | 認定年月日  | 年 月 日 | 備考 |       |
| 認定事業内容 | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |       |    |       |

注 認定事業内容欄は、該当する事業内容の□欄をチェックすること

認定 (否認定) 結果通知書

豊消防第 号

年 月 日

様

消防本部  
消防長

認定する。  
年 月 日付で申請のあったことについては、次により  
認定しない。

記

|               |  |
|---------------|--|
| 事業所名          |  |
| 所在地           |  |
| 管理責任者<br>職・氏名 |  |
| 認定番号          |  |
| 否認定理由         |  |

問合せ先  
消防本部 課  
電話番号 ( )

年 月 日

豊中市消防長 様

受領者  
職・氏名 印

認定証等受領書

次のとおり(認定証・事業者認定マーク・自動車認定マーク)を受領しました。  
なお、認定有効期間が経過したとき又は貴職から返納を求められた場合は、速やかに返納します。

記

|               |  |
|---------------|--|
| 所在地           | 電話番号 ( )   |
| 名称            |  |
| 管理責任者<br>職・氏名 |  |
| 認定事業内容        | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| 認定証有効期間       | 年 月 日から 年 月 日まで  |
| 認定証番号         | 第 号  |

注 認定事業内容欄は、該当する事業内容の□欄をチェックすること

認定証等再交付申請書

年 月 日

豊中市消防長 様

申請者  
住所  
職・氏名 印

次のとおり、証票を（亡失・滅失・破損）しましたので、再交付について申請します。

記

|          |  |
|----------|--|
| 認定事業内容   | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| 証票名      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認定証</li> <li>・ 事業者認定マーク</li> <li>・ 自動車認定マーク</li> </ul>                |
| 事業所名     |  |
| 所在地      | 電話番号 ( )   |
| 認定証交付年月日 | 年 月 日  |
| (理由)     |  |
| ※受付      |  |

注1 認定事業内容欄は、該当する事業内容の口欄をチェックすること

2 ※は記入しないこと



|    |       |  |       |  |
|----|-------|--|-------|--|
|    | 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
|    | 年 月 日 |  | 年 月 日 |  |
| 備考 |       |  |       |  |

注1 講習種別欄は、該当する種別の□欄にチェックすること

2 修了証及び適任証を再交付した場合は、各々の再交付番号、再交付年月日を備考欄に記入すること

注 修了証及び適任証欄は、再交付に係る種別の□欄をチェックすること



豊消防第 号

年 月 日

様

消 防 本 部  
印

消防長

認定証等返納請求書

次の事業所に係る認定証及び認定マークを速やかに返納するよう請求する。

記

|        |  |
|--------|--|
| 事業所名   |  |
| 所在地    |  |
| 認定事業内容 | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| 返納理由   |  |

問合せ先  
消防本部 課  
電話番号 ( )

業務内容変更届

年 月 日

豊中市消防長 様

申請者  
住所  
職・氏名 印

次のとおり、業務内容を変更しましたので届をいたします。

記

|         |  |
|---------|--|
| 事業所名    |  |
| 所在地     | 電話番号 ( )   |
| 認定事業内容  | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| (変更の内容) |  |
| ※受付     |  |

- 注 1 乗務員の変更の場合は乗務員名簿を、患者等搬送用自動車の変更の場合は患者等搬送用自動車届を添付すること
- 2 認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること
- 3 ※には記入しないこと

患者等搬送事業廃止届

年 月 日

豊中市消防長 様

申請者  
住所  
職・氏名 印

次の事業について、業務を廃止しましたので届をいたします。

記

|        |  |
|--------|--|
| 事業所名   |  |
| 所在地    | 電話番号 ( )   |
| 認定事業内容 | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| ※受付    |  |

- 注 1 証票を添付すること  
2 ※には記入しないこと  
3 認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること

年 月 日

豊中市消防長 様

申請者  
住所  
職・氏名 印


特 異 事 案 報 告 書

|         |  |
|---------|--|
| 事業所名    |  |
| 所在地     | 電話番号 ( )   |
| 管理責任者   |  |
| 認定事業内容  | <input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業<br><input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業 |
| 発生日時    | 年 月 日 ( 曜 ) 時 分頃   |
| 発生場所    |  |
| 乗務員氏名   |  |
| 事案の概要   |  |
| 対応 (措置) |  |

注 認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること

様式第 20 号

1 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> | <p>第 号</p>  <p>患者等搬送乗務員<br/>適 任 証</p> <p>豊 中 市 消 防 本 部</p> |

200mm

70mm


注 地色は水色とし、文字は黒色とする。

| 内側(第 1 面)  | (第 2 面)   |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">← 30mm →</p> <p style="margin: 0;">↑</p> <p style="margin: 0;">↓</p> <p style="margin: 0;">40mm</p> </div> <p style="margin-left: 10px;">氏名</p> <p style="margin-left: 10px;">年 月 日生</p> <p style="margin-left: 10px;">本籍</p> <p style="margin-left: 10px;">年 月 日交付</p> <p style="margin-top: 20px;">上記の者は、患者搬送乗務員に適することを証する。</p> <p style="text-align: center;">豊中市消防長 印</p> | <p>再 講 習 受 講 欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施署</th> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施署</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | 年月日 | 実施署 | 年月日 | 実施署 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年月日  | 実施署   | 年月日 | 実施署 |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

200mm

70mm

2 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）

| (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> | <p>第 号</p>  <p>患者等搬送乗務員<br/>適任証<br/>(車椅子用)</p> <p>豊中市消防本部</p> |

200mm

70mm

注 地色は水色とし、文字は黒色とする。

| 内側(第1面)  | (第2面)  |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">← 30mm →</p> <p style="margin: 0;">↑ 40mm ↓</p> </div> <p>氏名</p> <p>年 月 日生</p> <p>本籍</p> <p>年 月 日交付</p> <p>上記の者は、患者搬送乗務員に適することを証する。</p> <p>豊中市消防長 印</p> | <p>再講習受講欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施署</th> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施署</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | 年月日 | 実施署 | 年月日 | 実施署 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年月日  | 実施署  | 年月日 | 実施署 |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

200mm

70mm





| <p style="text-align: center;">講習受講申込書</p> <p style="text-align: center;">消防長様</p> <p style="text-align: right;">住所<br/>氏名<br/>生年月日 年 月 日 ( 歳)<br/>勤務先名称<br/>所在地<br/>電話番号 ( )</p> <p>大阪市消防局長が実施する</p> <p><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習<br/> <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用) を受講したいので申し込みます<br/> <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員定期講習</p>   | <p style="text-align: right;">受付番号<br/>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">(切り取り線)</p> <p><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習<br/> <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用) 受講通知書<br/> <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員定期講習</p> <p style="text-align: right;">様</p> <p>あなたの受講日時は次のとおりですから通知します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受講日時 [患者等搬送乗務員基礎講習]<br/>月 日から 月 日まで<br/>毎日 時 分～ 時 分</li> <li>・受講日時 [患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用)]<br/>月 日から 月 日まで<br/>毎日 時 分～ 時 分</li> <li>・受講日時 [患者等搬送乗務員定期講習]<br/>月 日から 月 日まで<br/>時 分～ 時 分</li> </ul> <p>・受講場所</p> |      |      |      |    |                               |   |  |  |  |                            |  |  |
|---|---|------|------|------|----|-------------------------------|---|--|--|--|----------------------------|--|--|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">のり付部分</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">写真</p> <p>1 基礎講習の方は、申込前6か月以内に撮影した無帽、正面上半身、無背景の横3cm×縦4cmでその裏面に氏名及び撮影年月日を記入したもの</p> <p>2 この写真は、適任証に使用しますので写真貼付は「のり付部分」のみにすること</p> </div>   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">座席番号</th> <th style="width: 25%;">出席状況</th> <th style="width: 25%;">取扱者印</th> <th style="width: 25%;">備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">指定された席にいないときは欠席とされますからご注意ください</td> <td style="vertical-align: top;">第1日目受付済<br/>第1日目受講済<br/>第2日目受付済<br/>第2日目受講済<br/>第3日目受付済</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="vertical-align: top;">最終日の講習を受講後、この通知書を係員に渡して下さい</td> </tr> </tbody> </table> <p>備考 受験票は、講習終了時に回収します。</p>             | 座席番号 | 出席状況 | 取扱者印 | 備考 | 指定された席にいないときは欠席とされますからご注意ください | 第1日目受付済<br>第1日目受講済<br>第2日目受付済<br>第2日目受講済<br>第3日目受付済 |  |  |  | 最終日の講習を受講後、この通知書を係員に渡して下さい |  |  |
| 座席番号  | 出席状況  | 取扱者印 | 備考   |      |    |                               |   |  |  |  |                            |  |  |
| 指定された席にいないときは欠席とされますからご注意ください   | 第1日目受付済<br>第1日目受講済<br>第2日目受付済<br>第2日目受講済<br>第3日目受付済   |      |      |      |    |                               |   |  |  |  |                            |  |  |
|   | 最終日の講習を受講後、この通知書を係員に渡して下さい  |      |      |      |    |                               |   |  |  |  |                            |  |  |
| <p>受講上のご注意</p> <p>○希望する講習について、<input type="checkbox"/>欄にチェックしてください。</p> <p>○本通知書を講習会場へ持参し、受付を済ませて下さい。</p> <p>○受講時間を厳守して下さい。</p> <p>○受講を済まされた方に対して本通知書に係員が確認のため捺印を行います。<br/>基礎講習の方は、この捺印がないと2日目からの受講はできませんからお帰りの前に必ず本書を係員の指示する場所へ差出して下さい。</p> <p>○受講中、病気、急用等で退場される場合は、必ず係員まで申し出て下さい。<br/>この場合は、最初から改めて受講をしていただくことになります。</p> <p>○この講習を完全に受けられない場合は、修了証の交付はできません。</p> <p>○受講中の呼出し、連絡は特別な場合のほか行いません。</p> <p>○講習会場には、駐車場がありませんので、電車、バスを利用して下さい</p> |   |      |      |      |    |                               |   |  |  |  |                            |  |  |

様式第22号

基礎講習受講（修了）者名簿

| 番号 | 受付年月日 | 申請者氏名住所 | 年齢 | 勤務先名称 | 受講状況 | 講習種別 | 修了証交付<br>年月日及び番号 | 適任証交付<br>年月日及び番号 |
|----|-------|---------|----|-------|------|------|------------------|------------------|
|    | 年 月 日 |         | 歳  |       |      |      | 年 月 日<br>第 号     | 年 月 日<br>第 号     |
|    | 年 月 日 |         | 歳  |       |      |      | 年 月 日<br>第 号     | 年 月 日<br>第 号     |
|    | 年 月 日 |         | 歳  |       |      |      | 年 月 日<br>第 号     | 年 月 日<br>第 号     |
|    | 年 月 日 |         | 歳  |       |      |      | 年 月 日<br>第 号     | 年 月 日<br>第 号     |
|    | 年 月 日 |         | 歳  |       |      |      | 年 月 日<br>第 号     | 年 月 日<br>第 号     |
|    | 年 月 日 |         | 歳  |       |      |      | 年 月 日<br>第 号     | 年 月 日<br>第 号     |
|    | 年 月 日 |         | 歳  |       |      |      | 年 月 日<br>第 号     | 年 月 日<br>第 号     |
|    | 年 月 日 |         | 歳  |       |      |      | 年 月 日<br>第 号     | 年 月 日<br>第 号     |

注 講習種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員基礎講習 ……1
- 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用） ……2

様式第23号 (A4)

1 患者等搬送乗務員基礎講習

第 号

修 了 証

様

あなたは患者等搬送乗務員基礎講習を修了されましたのでこれを証します。

年 月 日

消防長 印

2 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）

第 号

修 了 証

（車椅子専用）

様

あなたは患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）を修了されましたのでこれを証します。

年 月 日

消防長 印

第24号様式 (A4)

講習修了者等原簿

|            |  |         |       |        |
|------------|--|---------|-------|--------|
| ふりがな<br>氏名 | 年 月 日生   |         |       |        |
| 住所         |  |         |       |        |
| 勤務先名       | 電話番号 ( )   | 適任証番号   |       |        |
| 講習種別       | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用) |         |       |        |
| 修了証番号      | 第 号  | 講習修了年月日 |       |        |
| 特例認定番号     |  | 特例認定年月日 |       |        |
| 経過         | 基礎講習経過   |         |       |        |
|            |  |         |       |        |
|            |  |         |       |        |
|            |  |         |       |        |
|            |  |         |       |        |
|            |  |         |       |        |
|            |  |         |       |        |
|            | 定期講習受講経過   |         |       |        |
|            | 日付   | 講習消防本部  | 日付    | 講習消防本部 |
|            | 年 月 日  |         | 年 月 日 |        |
| 年 月 日      |  | 年 月 日   |       |        |
| 年 月 日      |  | 年 月 日   |       |        |
| 年 月 日      |  | 年 月 日   |       |        |
| 年 月 日      |  | 年 月 日   |       |        |
| 備考         |  |         |       |        |

- 注1 講習種別欄は、該当する種別の□欄にチェックすること  
 注2 修了証及び適任証を再交付した場合は、各々の再交付番号、再交付年月日を備考欄に記入すること



特 例 認 定 申 請 書

年 月 日

消防本部  
消 防 長 様

申請者  
氏名 印

特例認定について、次のとおり申請します。

記

|                                 |             |       |
|---------------------------------|-------------|-------|
| 写 真<br>縦 40mm<br>横 30mm<br>のりづけ | ふりがな<br>氏 名 | 年 月 日 |
|                                 | 住 所         | 電話番号  |
| 勤務先名称                           |             |       |
| 勤務先所在地                          |             | 電話番号  |
| ※ 受付欄                           |             | ※ 経過欄 |
|                                 |             |       |

- 注 1 基礎講習を修了した者と同等以上と認められる資格を証明するものの写真を添付すること
- 2 写真は、受講申請前 6 ヶ月以内に撮影した無帽、上半身、無背景のもので、その裏面に、撮影年月日、氏名、年齢を記入すること
- 3 ※は記入しないこと



特例認定申請受付簿

|    |                   |  |          |        |
|----|-------------------|--|----------|--------|
| 番号 | 勤務先名称             |  |          | 備考     |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |          |        |
|    | 申請年月日             |  | 審査<br>結果 | 認定・否認定 |
| 番号 | 勤務先名称             |  |          | 備考     |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |          |        |
|    | 申請年月日             |  | 審査<br>結果 | 認定・否認定 |
| 番号 | 勤務先名称             |  |          | 備考     |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |          |        |
|    | 申請年月日             |  | 審査<br>結果 | 認定・否認定 |
| 番号 | 勤務先名称             |  |          | 備考     |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |          |        |
|    | 申請年月日             |  | 審査<br>結果 | 認定・否認定 |
| 番号 | 勤務先名称             |  |          | 備考     |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |          |        |
|    | 申請年月日             |  | 審査<br>結果 | 認定・否認定 |

注 修了証及び適任証欄は、再交付に係る種別の□欄をチェックすること



修了証再交付申請書

年 月 日

消防本部  
消 防 長 様

申請者  
住所  
氏名 印

次のとおり、修了証を(亡失・滅失・破損)しましたので、再交付について申請します。

記

|             |  |
|-------------|--|
| 事業所名        |  |
| 所在地         | 電話番号 ( )   |
| 資格取得年月日     | 年月日  |
| 修了講習種別      | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用) |
| (理由)        |  |
| ※<br>受<br>付 |  |

注1 ※は記入しないこと

2 修了講習種別欄は、再交付に係る種別に該当する□欄をチェックすること

修了証等再交付申請受付簿

| 番号 | 勤務先名称             |  | 備考 |
|----|-------------------|--|----|
|    | 修了証               | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用) |    |
|    | 適任証               | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用) |    |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |    |
|    | 申請年月日             |  |    |
| 番号 | 勤務先名称             |  | 備考 |
|    | 修了証               | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用) |    |
|    | 適任証               | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用) |    |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |    |
|    | 申請年月日             |  |    |
| 番号 | 勤務先名称             |  | 備考 |
|    | 修了証               | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用) |    |
|    | 適任証               | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用) |    |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |    |
|    | 申請年月日             |  |    |
| 番号 | 勤務先名称             |  | 備考 |
|    | 修了証               | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用) |    |
|    | 適任証               | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用) |    |
|    | (申請者)<br>氏名<br>住所 |  |    |
|    | 申請年月日             |  |    |

注 修了証及び適任証欄は、再交付に係る種別の□欄をチェックすること

修了証再交付簿

| 番号 | 申請者氏名<br>-----<br>申請者住所 | 申請年月日<br>再交付年月日         | 講習種別 | 備考 |
|----|-------------------------|-------------------------|------|----|
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |      |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |      |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |      |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |      |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |      |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |      |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |      |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |      |    |

注 講習種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員基礎講習 … 1
- 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）… 2

注 適任証種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員適任証 … 1
- 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）… 2

適任証再交付申請書

年 月 日

消防本部  
消 防 長 様

申請者  
住所  
氏名 印

次のとおり、適任証を(亡失・滅失・破損)しましたので、再交付について申請します。

記

|             |  |
|-------------|--|
| 事業所名        |  |
| 所在地         | 電話番号 ( )   |
| 資格取得年月日     | 年 月 日  |
| 修了講習種別      | <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習<br><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用) |
| (理由)        |  |
| ※<br>受<br>付 |  |

注1 ※は記入しないこと

2 修了講習種別欄は、再交付に係る種別に該当する□欄をチェックすること

適任証再交付簿

| 番号 | 申請者氏名<br>-----<br>申請者住所 | 申請年月日<br>再交付年月日         | 適任証種別 | 備考 |
|----|-------------------------|-------------------------|-------|----|
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |       |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |       |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |       |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |       |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |       |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |       |    |
|    |                         | 年 月 日<br>-----<br>年 月 日 |       |    |

注 適任証種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員適任証 … 1
- 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用） … 2