

## 伊勢原市患者等搬送事業認定等に関する要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、患者等搬送事業及び患者等搬送事業（車椅子専用）の認定等について必要な事項を定めるものとする。

### (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号の定めるところによる。

- (1) 患者等 寝たきり老人、身体障害者、傷病者等をいう。
- (2) 患者等搬送用自動車 ストレッチャー及び車椅子を固定でき、患者等の搬送専用使用する自動車をいう。
- (3) 患者等搬送用自動車（車椅子専用） 車椅子のみを固定でき、患者等の搬送専用使用する自動車をいう。
- (4) 患者等搬送事業 患者等搬送用自動車を用いて患者等の医療機関への入退院、通院及び転院、社会福祉施設への送迎その他緊急性の少ない搬送を行う事業をいう。
- (5) 患者等搬送事業（車椅子専用） 患者等搬送用自動車（車椅子専用）を用いて行う患者等搬送事業をいう。
- (6) 患者等搬送事業者 患者等搬送事業を実施する者をいう。
- (7) 患者等搬送事業者（車椅子専用） 患者等搬送事業（車椅子専用）を実施する者をいう。

### (認定対象となる患者等搬送事業者)

第3条 認定対象となる患者等搬送事業者及び患者等搬送事業者（車椅子専用）は、道路運送法（昭和26年法律第183号）に規定する事業のうち、次のいずれかの者で、伊勢原市内に事業所を有するものとする。

- (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
- (4) 自家用有償旅客運送の登録を受けた者

### (認定の基準)

第4条 患者等搬送事業の認定の基準は、別表第1のとおりとする。

2 患者等搬送事業（車椅子専用）の認定の基準は、別表第2のとおりとする。

### (認定の申請)

第5条 認定対象となる患者等搬送事業者及び患者等搬送事業者（車椅子専用）は、認定を受けようとするときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書（第1号様式）に乗務員名簿（第2号様式）及び患者等搬送用自動車届（共

通) (第3号様式) を添えて消防長に申請しなければならない。

(認定の審査)

第6条 消防長は、前条の申請があったときは、患者等搬送事業認定審査表(第4号様式)により審査を行うものとする。

(患者等搬送事業認定証等の交付)

第7条 消防長は、前条の審査の結果、第3条に規定する認定の基準(以下「認定基準等」という。)に適合していると認めるときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定通知書(第5号様式)により通知するとともに、患者等搬送事業者(車椅子専用)認定証(第6号様式)及び患者等搬送用自動車認定マーク(第7号様式)(以下「認定証等」という。)を、患者等搬送事業者(車椅子専用)に患者等搬送事業者(車椅子専用)認定証(第8号様式)及び患者等搬送用自動車(車椅子専用)認定マーク(第9号様式)(以下「車椅子専用認定証等」という。)を交付するものとする。

2 認定基準等に適合した患者等搬送事業者及び患者等搬送事業者(車椅子専用)(以下「認定事業者等」という。)は、患者等搬送用自動車認定マーク又は患者等搬送用自動車(車椅子専用)認定マークの交付を受けたときは、患者等搬送用自動車又は患者等搬送用自動車(車椅子専用)の後面の運転者の視界を妨げず、かつ、見やすい位置に貼付しなければならない。

(認定患者等搬送事業者等の管理)

第8条 消防長は、患者等搬送事業又は患者等搬送事業(車椅子専用)の認定をしたときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定簿(第10号様式)及び認定患者等搬送事業者・認定患者等搬送事業者(車椅子専用)台帳(第11号様式)に記載し、管理するものとする。

(否認定の通知)

第9条 消防長は、第6条の審査の結果、認定基準等に適合しないと認めるときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)否認定通知書(第12号様式)により通知するものとする。

(認定の有効期間)

第10条 認定の有効期間は、認定を受けた日から5年とする。

(認定の更新)

第11条 認定事業者等が、認定の有効期間の満了後も引き続き認定を受けようとするときは、有効期間満了日の1か月前から満了日までの間に、消防長に申請しなければならない。

2 第5条、第6条及び第9条の規定は、前項の申請について準用する。

( 認定証等の再交付の申請 )

第 1 2 条 認定事業者等は、次の各号のいずれかに該当するときは、認定証等交付申請書 ( 再交付・増車 ) ( 第 1 3 号様式 ) により消防長に申請することができる。

- (1) 認定証等又は車椅子専用認定証等を亡失し、滅失し、汚損し、又は破損したとき。
- (2) 患者等搬送用自動車又は患者等搬送用自動車 ( 車椅子専用 ) を増車するとき。

( 認定の失効 )

第 1 3 条 認定事業者等が次の各号のいずれかに該当する場合は、認定は、その効力を失う。

- (1) 第 3 条各号の事業許可を取り消され、又は失効したとき。
- (2) 患者等搬送事業又は患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) を廃止したとき。
- (3) 患者等搬送事業認定証又は患者等搬送事業認定証 ( 車椅子専用 ) の有効期間が満了したとき。

2 認定事業者等は、前項の規定により認定が失効したときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) 認定失効届出書 ( 第 1 4 号様式 ) により消防長に届け出なければならない。

( 認定事業者等の責務 )

第 1 4 条 認定事業者等は、別表第 3 に定める遵守義務 ( 以下「遵守義務等」という。 ) を誠実に履行しなければならない。

( 報告及び届出 )

第 1 5 条 認定事業者等は、患者等搬送事業又は患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) の実施に当たり重大な事故を発生させたときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) 事故発生報告書 ( 第 1 5 号様式 ) により、速やかに消防長に報告しなければならない。

2 認定事業者等は、患者等搬送事業又は患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) の全部又は一部を休止したときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) 休止届出書 ( 第 1 6 号様式 ) により消防長に届け出なければならない。

3 認定事業者等は、患者等搬送事業・患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) 認定 ( 更新 ) 申請書の記載事項に変更が生じたときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) 変更届出書 ( 第 1 7 号様式 ) により消防長に届け出なければならない。

( 認定事業者等の調査 )

第 1 6 条 消防長は、必要に応じて認定事業者等の事業内容について調査することができる。

( 認定の取消し )

第 1 7 条 消防長は、認定事業者等が次の各号のいずれかに該当するときは、認定を取り

消すことができる。

- (1) 遵守義務等を誠実に履行しないとき。
- (2) 第13条第2項の規定に違反したとき。
- (3) 患者等搬送事業又は患者等搬送事業（車椅子専用）の実施に当たり、重大な事故を発生させたとき。
- (4) 前条の調査の結果、認定基準等に適合していないことが判明したとき。
- (5) その他認定を継続することが不適当と判断されたとき。

2 消防長は、前項の規定により認定を取り消したときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定取消通知書（第18号様式）により通知するものとする。

（認定証等の返還）

第18条 認定事業者等は、第13条第1項の規定により認定が失効し、又は前条第1項の規定により認定を取り消されたときは、速やかに認定証等又は車椅子専用認定証等を消防長に返還しなければならない。

2 認定事業者等は、患者等搬送用自動車又は患者等搬送用自動車（車椅子専用）を患者等の搬送の用に供しなくなったときは、速やかに患者等搬送用自動車認定マーク又は患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マークを消防長に返還しなければならない。

（適任証等の交付）

第19条 消防長は、次の各号のいずれかに該当する者に対し、患者等搬送乗務員適任証（第19号様式）又は患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証（第20号様式）（以下「適任証等」という。）を交付するものとする。

- (1) 第21条第1項に規定する基礎講習又は基礎講習（車椅子専用）を修了した者（他の消防機関が実施する同等の講習を修了した者を含む。）
- (2) 日本赤十字社の行う応急処置に関する講習を受けた者で、資格の有効期間内の者。ただし、第21条第1項に規定する基礎講習又は基礎講習（車椅子専用）（他の消防機関が実施する同等の講習を含む。）に不足する課目については、当該講習を受講すること。
- (3) 救急救命士の資格を有する者
- (4) 消防法施行規則（昭和36年自治省令第6号）第51条に定める救急業務に関する講習課程を修了した者
- (5) 医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、医学士、歯学士若しくは看護学士で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ものとして消防長が認める者

2 適任証等の交付を受けようとする者は、患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証交付（再交付）申請書（第21号様式）により消防長に申請しな

ければならない。

- 3 適任証等を忘失し、滅失し、汚損し、又は破損したときは、患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証交付（再交付）申請書により消防長に申請することができる。

（適任証等の有効期間）

第20条 適任証等の有効期間は、交付の日から2年とする。

- 2 消防長は、適任証等の交付を受けた者が当該適任証等の有効期間内において次条第1項に規定する定期講習を受講した場合は、当該適任証等の有効期間を更新することができる。

（講習）

第21条 消防長は、適任証等の交付に当たり、基礎講習及び基礎講習（車椅子専用）

（以下「基礎講習等」という。）並びに定期講習を実施するものとする。

- 2 基礎講習等の課目及び時間数は、別表第4に定めるとおりとする。
- 3 基礎講習等の修了考査基準は、別表第5に定めるとおりとする。
- 4 定期講習の課目及び時間数は、別表第6に定めるとおりとする。
- 5 基礎講習等及び定期講習を行う講師は、次の各号のいずれかに該当する者で、消防長が適任と認めたものとする。

(1) 救急隊長として3年以上の実務経験を有する者

(2) 消防大学校の救急課程を修了した者

(3) 消防学校の救急課程の教官として2年以上の経験を有する者

- 6 基礎講習等又は定期講習の受講を希望する者は、基礎講習・基礎講習（車椅子専用）・定期講習受講申請書（第22号様式）により消防長に申請しなければならない。

（講習修了者の管理）

第22条 消防長は、基礎講習等又は定期講習を修了した者について、患者等搬送乗務員・患者等搬送乗務員（車椅子専用）講習修了者管理簿（第23号様式）に記載し、管理するものとする。

附 則

この告示は、平成22年11月1日から施行する。

## 別表第 1 ( 第 4 条関係 )

## 患者等搬送事業認定基準

| 項 目            | 内 容  |
|----------------|--|
| 1 乗務員の要件       | 患者等搬送用自動車に同乗し、搬送に従事する者（以下「乗務員」という。）は、満 18 歳以上の者及び第 19 条に掲げる患者等搬送乗務員適任証の交付を受けた者をもって充てること。   |
| 2 運行体制         | 患者等搬送事業の運行の際、患者等搬送用自動車 1 台につき 2 人以上の乗務員をもって業務を行わせること。<br>ただし、医療機関からの退院及び社会福祉施設への送迎を目的とした運行を実施する場合又は医師若しくは看護師等が同乗する場合には、乗務員を 1 名とすることができる。  |
| 3 患者等搬送用自動車の要件 | 患者等搬送用自動車は、次に掲げる構造及び設備を有しているものであること。<br>(1) 十分な緩衝装置を有していること。<br>(2) 換気及び冷暖房の装置を有していること。<br>(3) 乗務員が業務を実施するために必要なスペースを有していること。<br>(4) ストレッチャー、車椅子等を使用したまま確実に固定できる構造を有していること。<br>(5) ストレッチャー、車椅子等の乗降を容易にするための装置を有していること。<br>(6) 携帯が可能な通信機器等連絡に必要な設備を有していること。 |
| 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等救急自動車と紛らわしい外観を呈していないこと。  |
| 5 積載資器材        | 患者等搬送用自動車に別表第 7 に掲げる資器材を積載していること。  |
| 6 消毒           | 消毒実施表（第 24 号様式）が患者等搬送用自動車の見やすい場所に表示されていること。  |
| 7 服装           | 乗務員の服装は、患者等搬送業務にふさわしいものであること。  |
| 8 事業案内         | パンフレット等に救急隊と同レベルの活動ができるかのような表現がなされていないこと。  |

別表第2（第4条関係）

患者等搬送事業（車椅子専用）認定基準

| 項 目            | 内 容   |
|----------------|---|
| 1 乗務員の要件       | 患者等搬送用自動車（車椅子専用）に同乗し、搬送に従事する者（以下「乗務員（車椅子専用）」という。）は、満18歳以上の者及び患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証の交付を受けた者をもって充てること。   |
| 2 運行体制         | 患者等搬送事業（車椅子専用）の運行の際、患者等搬送用自動車（車椅子専用）1台につき1人以上の乗務員（車椅子専用）をもって業務を行わせること。ただし、搬送中に容態急変の可能性が高い場合等は、医師等を同乗させ、乗務員（車椅子専用）を2人以上乗務させる等必要な体制を確保すること。   |
| 3 患者等搬送用自動車の要件 | 患者等搬送用自動車（車椅子専用）は、次の各号に掲げる構造及び設備を有するものであること。<br>(1) 十分な緩衝装置を有していること。<br>(2) 換気及び冷暖房の装置を有していること。<br>(3) 乗務員（車椅子専用）が業務を実施するために必要なスペースを有していること。<br>(4) 車椅子を使用したまま確実に固定できる構造を有していること。<br>(5) 車椅子の乗降を容易にするための装置を有していること。<br>(6) 携帯が可能な通信機器等連絡に必要な設備を有していること。 |
| 4 車両の外観        | 患者等搬送用自動車（車椅子専用）は、サイレン又は赤色警告灯を装備する等救急自動車と紛らわしい外観を呈していないこと。  |
| 5 積載資器材        | 患者等搬送用自動車（車椅子専用）に別表第7に掲げる資器材を積載していること。  |
| 6 消毒           | 消毒実施表が患者等搬送用自動車（車椅子専用）の見やすい場所に表示されていること。  |
| 7 服装           | 乗務員（車椅子専用）の服装は、患者等搬送業務にふさわしいものであること。  |
| 8 事業案内         | パンフレット等に救急隊と同レベルの活動ができるかのような表現がなされていないこと。   |

別表第3（第14条関係）

遵守義務（共通）

| 項目            | 内容   |
|---------------|--|
| 1 事業実施の基本原則   | <p>(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。</p> <p>(2) 緊急性のない者を搬送対象とすること。</p> <p>(3) 事業の社会的責任を十分自覚し、関係法令を遵守すること。</p>  |
| 2 消防機関との連携    | <p>認定事業者等は、次の各号のいずれかに該当する場合は、119番等により患者等の所在地、状態、既往症、掛かり付けの医療機関等を消防機関に通報し、救急自動車を要請すること。</p> <p>(1) 患者等からの要請時点において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合</p> <p>(2) 患者等の搬送依頼場所に到着した時点において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合</p> <p>(3) 患者等の搬送途上において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合</p> |
| 3 適任証等の携行     | <p>認定事業者等は、患者等搬送業務又は患者等搬送業務（車椅子専用）に乗務員又は乗務員（車椅子専用）に従事させるときは、適任証等を携行させること。</p>  |
| 4 知識及び技術の維持管理 | <p>認定事業者は、乗務員又は乗務員（車椅子専用）の安全搬送並びに応急手当に関する知識及び技術の向上に努め、適任証等の交付を受けた乗務員又は乗務員（車椅子専用）に2年に1回以上消防機関の行う定期講習を受講させること。</p>   |
| 5 安全・衛生管理     | <p>認定事業者は、患者等搬送用自動車、患者等搬送用自動車（車椅子専用）又は積載資機材について、点検整備及び次に掲げる消毒を確実に実施すること。</p> <p>(1) 毎月1回以上の定期消毒</p> <p>(2) 毎使用後の消毒</p> <p>(3) 医師から特別な指示があった場合の当該指示に基づく消毒</p>   |



## 別表第4（第21条関係）

## 基礎講習の科目及び時間数

| 課 目  | 時 間 数 |                |
|--|-------|----------------|
|  | 乗務員   | 乗務員<br>(車椅子専用) |
| 総論   | 1     | 1              |
| 観察要領及び応急措置<br>(一定頻度者が受講する講習と同等の内容<br>を含む。) | 13    | 9              |
| 体位管理要領                                     | 2     | 1              |
| 消防機関との連携要領                                 | 2     | 2              |
| 車両資器材の消毒及び感染防止要領                           | 2     | 1              |
| 搬送法  | 2     | 1              |
| 修了考査                                       | 2     | 1              |
| 合 計  | 24    | 16             |

備考 課目の1時間は、45分とする。

別表第5（第21条関係）

基礎講習等の修了考査実施基準（共通）

| 区 分 | 課 目              | 配 点  |
|-----|------------------|------|
| 実 技 | 観察要領及び応急措置       | 60点  |
| 筆 記 | 消防機関との連携要領       | 20点  |
|     | 車両資器材の消毒及び感染防止要領 | 20点  |
| 合   | 計                | 100点 |

別表第6（第21条関係）

定期講習の科目及び時間数（共通）

| 課 目        | 時 間 数 |
|------------|-------|
| 観察要領及び応急措置 | 2     |
| 体位管理要領     | 1     |
| 合 計        | 3     |

備考 課目の1時間は、45分とする。

別表第7（別表第1、別表第2関係）

積載資器材（共通）

| 項 目               | 資 器 材  |
|-------------------|--|
| 1 呼吸管理用資器材        | バッグバルブマスク<br>ポケットマスク   |
| 2 保温・搬送用資器材       | 敷物<br>保温用毛布<br>担架<br>まくら                                     |
| 3 創傷等保護用資器材       | 三角巾<br>ガーゼ<br>包帯<br>タオル<br>ばんそうこう                            |
| 4 消毒用資器材（車両・資器材用） | 噴霧消毒器<br>各種消毒薬   |
| 5 その他の資器材         | はさみ<br>マスク<br>ピンセット<br>手袋<br>膿盆汚物入れ<br>体温計<br>自動体外式除細動器（AED） |

備考1 自動体外式除細動器（AED）は任意の積載とする。

2 資器材欄に 印のあるものは、患者等搬送用自動車（車椅子専用）には任意の積載とする。

第1号様式（第5条関係）

（表）

|   |       |        |  |
|---|-------|--------|--|
| <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（あて先）伊勢原市消防長</p> <p style="text-align: center;">（申請者）<br/>所在地<br/><br/>名 称<br/><br/>代表者氏名</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）について次のとおり申請します。</p> |       |        |  |
| 事業所名  |       |        |  |
| 所在地   | 電話（ ） |        |  |
| 管理責任者・職氏名   |       |        |  |
| 国土交通省免許<br>登録番号   |       |        |  |
| 定款に定める<br>事業内容  |       |        |  |
| 備<br>考  |       | 受<br>付 |  |

注1 印は記入しないでください。

2 必要な免許証の写し等関係書類を添付してください。

(裏)

|               |           |                             |   |                      |   |   |
|---------------|-----------|-----------------------------|---|----------------------|---|---|
| 営業区域          |           |                             |   |                      |   |   |
| 営業時間          |           |                             |   |                      |   |   |
| 乗務員数          | 総数        |                             | 昼 |                      | 夜 |   |
| 制服            | 色         |                             |   | 形式                   |   |   |
| 年間営業実績        | 病院への通入院   |                             |   | 老人ホームへの送迎            |   |   |
|               | 退院        |                             |   | 旅行                   |   |   |
|               | 転院        |                             |   | その他                  |   |   |
| 事業案内書の有無      | 有・無       | 有の場合は、案内書を添付してください。         |   |                      |   |   |
| 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してください。 |   |                      |   |   |
|               |           |                             |   |                      |   |   |
| 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してください。 |   |                      |   |   |
|               |           |                             |   |                      |   |   |
| その他           |           |                             |   | 会員数                  | 人 |   |
| 使用車両台数        | 患者等搬送用自動車 |                             | 台 | 患者等搬送用自動車<br>(車椅子専用) |   | 台 |



第3号様式（第5条関係）

患者等搬送用自動車届（共通）

（第1面）

|              |           |    |                   |     |              |    |
|--------------|-----------|----|-------------------|-----|--------------|----|
| 区 分          | 患者等搬送用自動車 |    | 患者等搬送用自動車（車椅子専用）  |     |              |    |
| 種 別          | 寝台車       |    | 寝台・車椅子兼用車         |     | 車椅子専用車       |    |
| 車両への収容方法     | ストレッチャー   |    | リフト               |     | スロープ         |    |
| 車種（形式）       |           |    | 塗 色               |     |              |    |
| 車 両 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・無線・ファクシミリ |    |
| ストレッチャー-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     |    | その他               |     |              |    |
| ストレッチャー-の大きさ | 長さ        | cm | 幅                 | cm  | 高さ           | cm |
| 消毒表示の表示位置    |           |    |                   |     |              |    |
| 積 載 資 器 材    |           |    |                   |     |              |    |
| 品 名          | 数 量       |    | 品 名               | 数 量 |              |    |
| ○バッグバルブマスク   |           |    | はさみ               |     |              |    |
| ポケットマスク      |           |    | マスク               |     |              |    |
| ○敷物          |           |    | ○ピンセット            |     |              |    |
| 保温用毛布        |           |    | 手袋                |     |              |    |
| 担架           |           |    | 膿盆汚物入れ            |     |              |    |
| ○まくら         |           |    | 体温計               |     |              |    |
| 三角巾          |           |    | 自動体外式除細動器（AED）    |     |              |    |
| ガーゼ          |           |    | そ<br>の<br>他       |     |              |    |
| 包帯           |           |    |                   |     |              |    |
| タオル          |           |    |                   |     |              |    |
| ばんそうこう       |           |    |                   |     |              |    |
| 噴霧消毒器        |           |    |                   |     |              |    |
| 消毒薬（種類）      |           |    |                   |     |              |    |

注1 積載資器材のうち自動体外式除細動器は、任意の積載とします。

2 積載資器材のうち 印のあるものは、患者等搬送自動車(車椅子専用)には任意の積載とします。



(第2面)

車両写真添付  
(前面)

(後面)

(第3面)

車両写真添付  
(右側面)

(左側面)

第4号様式（第6条関係）

患者等搬送事業認定審査表

|          |                               |          |      |
|----------|-------------------------------|----------|------|
| 事業所名     |                               |          |      |
| 所在地      | 電話 ( )                        |          |      |
| 管理責任者職氏名 |                               |          |      |
| 自動車の形態   | 患者等搬送用自動車<br>患者等搬送用自動車（車椅子専用） |          |      |
|          | 審査項目                          | 判定       | 不適内容 |
| 1        | 乗務員の資格要件                      | 適・不適     |      |
| 2        | 1台あたりの乗務体制                    | 適・不適     |      |
| 3        | 患者等搬送用自動車                     | (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、車椅子の固定            | 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     |      |
| 4        | 車両の外観                         | 適・不適     |      |
| 5        | 積載資器材                         | 適・不適     |      |
| 6        | 車両・資器材の消毒体制                   | 適・不適     |      |
| 7        | 乗務員の服装                        | 適・不適     |      |
| 8        | パンフレット等の表示                    | 適・不適     |      |
| 9        | 道路運送法の許可、登録の状況                | 適・不適     |      |
| 備考       |                               |          |      |

第5号様式（第7条関係）

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定通知書

年 月 日

様

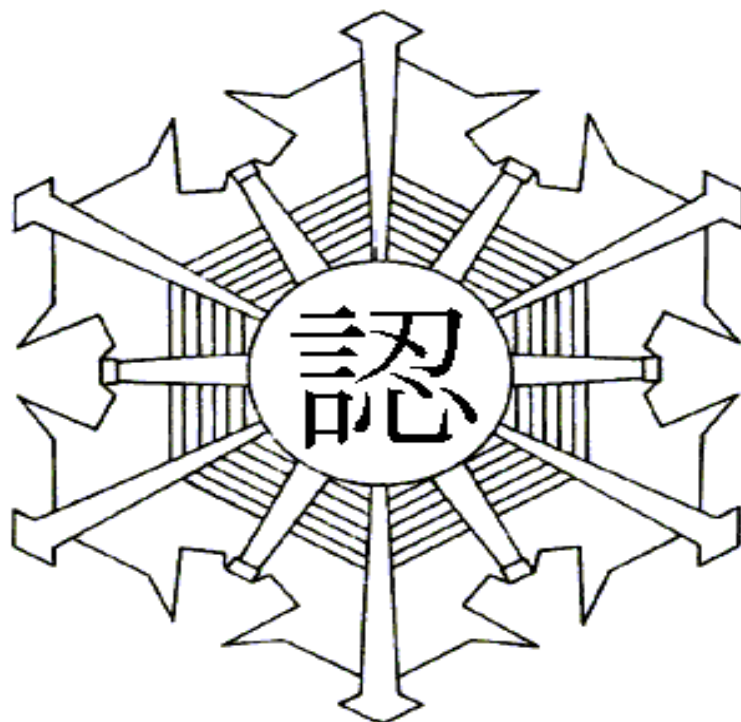
伊勢原市消防長

印

年 月 日付けで申請のありました次の事業については、伊勢原市消防本部が定める患者等搬送事業認定基準・患者等搬送事業（車椅子専用）認定基準に適合していると認定しましたので通知します。

|           |       |
|-----------|-------|
| 事業所名      |       |
| 所在地       |       |
| 管理責任者・職氏名 |       |
| 認定年月日     | 年 月 日 |
| 認定番号      | 第 号   |
| 備考        |       |

# 患者等搬送事業者認定証



|       |       |
|-------|-------|
| 事業者名称 |       |
| 認定年月日 | 年 月 日 |
| 認定番号  |       |

伊勢原市消防本部

備考

- 1 地色は緑色とし、文字は黒色、中央のマークは金色で表示する。
- 2 横 23 . 7 センチメートル、縦 36 センチメートル

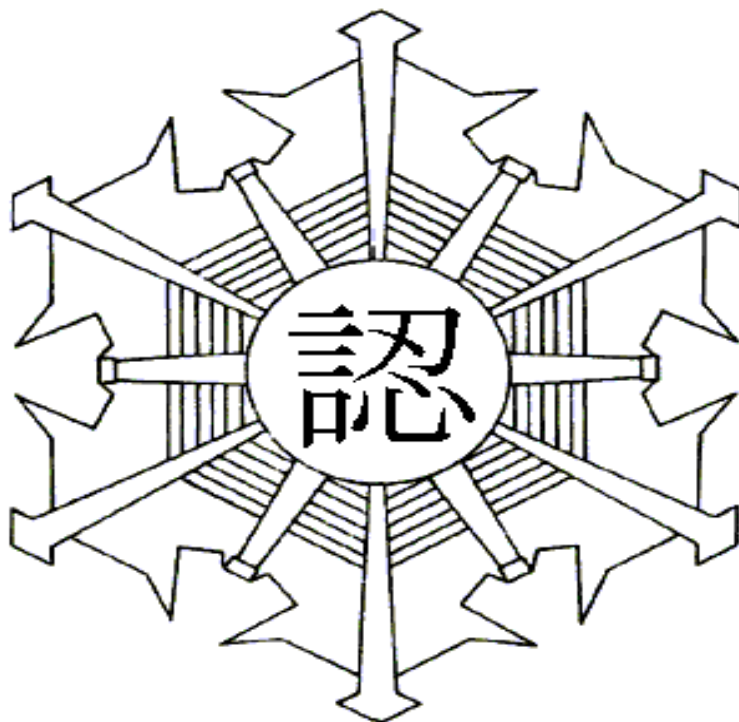
第7号様式（第7条関係）

## 患者等搬送用自動車認定マーク



- 備考1 地色は緑色とし、文字は黒色、中央のマークは金色で表示する。  
2 円の直径は、9センチメートルとする。

# 患者等搬送事業者(車椅子専用)認定証



事業者名称

認定年月日            年    月    日

認定番号

## 伊勢原市消防本部

### 備考

- 1 地色は桃色とし、文字は黒色、中央のマークは金色で表示する。
- 2 横 23 . 7 センチメートル、縦 36 センチメートル

第9号様式（第7条関係）

患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク



- 備考1 地色は桃色とし、文字は黒色とし、中央のマークは金色とする。  
2 マークの直径は、9センチメートルとする。



第10号様式(第8条関係)

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定簿

|      |             |            |
|------|-------------|------------|
| 認定番号 | 事業所名        | 管理責任者      |
|      | 所在地         | 電話番号等      |
|      |             | TEL<br>FAX |
|      | 認定年月日 年 月 日 |            |
| 認定番号 | 事業所名        | 管理責任者      |
|      | 所在地         | 電話番号等      |
|      |             | TEL<br>FAX |
|      | 認定年月日 年 月 日 |            |
| 認定番号 | 事業所名        | 管理責任者      |
|      | 所在地         | 電話番号等      |
|      |             | TEL<br>FAX |
|      | 認定年月日 年 月 日 |            |
| 認定番号 | 事業所名        | 管理責任者      |
|      | 所在地         | 電話番号等      |
|      |             | TEL<br>FAX |
|      | 認定年月日 年 月 日 |            |

第 1 1 号様式 ( 第 8 条関係 )

認定患者等搬送事業者・認定患者等搬送事業者 ( 車椅子専用 ) 台帳

|               |       |       |  |
|---------------|-------|-------|--|
| 事業所名          |       | 所在地   |  |
| 管理責任者<br>職・氏名 |       | 連絡先   |  |
| 認定番号          | 第 号   | 備考    |  |
| 認定年月日         | 年 月 日 |       |  |
| 更 新 年 月 日     |       |       |  |
| 年 月 日         |       | 年 月 日 |  |
| 年 月 日         |       | 年 月 日 |  |
| 年 月 日         |       | 年 月 日 |  |
| 経<br>過<br>欄   | 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            |       |       |  |

第 1 2 号様式 ( 第 9 条関係 )

患者等搬送事業・患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) 否認定通知書

年 月 日

様

伊勢原市消防長

印

年 月 日付けで申請のありました次の事業所については、伊勢原市消防本部が定める患者等搬送事業認定基準・患者等搬送事業 ( 車椅子専用 ) 認定基準に適合していないため否認定としましたので通知します。

|           |       |
|-----------|-------|
| 事業所名      |       |
| 所在地       |       |
| 管理責任者・職氏名 |       |
| 否認定年月日    | 年 月 日 |
| 理由        |       |

第13号様式（第12条関係）

認定証等交付申請書（再交付・増車）

年 月 日

（あて先）伊勢原市消防長

（申請者）

所在地

名称

代者氏名

認定証等の交付（再交付・増車）について次のとおり申請します。

|                            |  |         |     |
|----------------------------|--|---------|-----|
| 事業所名                       |  |         |     |
| 申請対象                       | 1 患者等搬送事業者認定証<br>2 患者等搬送用自動車認定マーク<br>3 患者等搬送事業者（車椅子専用）認定証<br>4 患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク |         |     |
| 認定証又は認定マークの<br>交付年月日及び認定番号 | 年 月 日  | 交付<br>第 | 号   |
| 再交付の理由                     |  |         |     |
| 再交付年月日                     | 年 月 日  | 再交付     | 受付欄 |
| 有効期限                       | 年 月 日  | まで      |     |

注1 申請対象の欄は、該当する番号に 印をつけてください。

2 太線枠内は、記入しないでください。

第14号様式（第13条関係）

|   |       |   |     |
|---|-------|---|-----|
| 患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定失効届出書<br>年 月 日<br>（あて先）伊勢原市消防長<br>（届出者）<br>所在地<br>事業所名<br>代表者氏名<br>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定の失効について次のとおり届け<br>出ます。 |       |   |     |
| 事業所名  |       |   |     |
| 所在地   |       |   |     |
| 認定年月日   | 年 月 日 | 認定番号  | 第 号 |
| 失効年月日   |       | 年 月 日   |     |
| 失効内容  |       | 1 国土交通大臣の許可等の取消又は失効<br>2 患者等搬送事業の廃止<br>3 認定の有効期間の満了 |     |
| 備 考   |       | 受付欄   |     |

- 注1 「失効内容」の欄は、該当する番号に 印をつけてください。  
 2 印の欄は、記入しないでください。

第15号様式(第15条関係)

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)事故発生報告書

年 月 日

(あて先)伊勢原市消防長

(報告者)  
所在地

事業所名

代表者氏名

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)にかかる事故について次のとおり報告します。

|         |  |
|---------|--|
| 事業所名    |  |
| 所在地     |  |
| 責任者氏名   |  |
| 事故発生年月日 |  |
| 事故の概要   |  |
| 経過措置    |  |
| 摘要      |  |

注 印の欄は、記入しないでください。

第16号様式(第15条関係)

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)休止届出書

年 月 日

(あて先)伊勢原市消防長

(届出者)  
所在地

事業所名

代表者氏名

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)の休止について次のとおり届け出ます。

|        |                 |      |     |
|--------|-----------------|------|-----|
| 事業所名   |                 |      |     |
| 所在地    |                 |      |     |
| 認定年月日  | 年 月 日           | 認定番号 | 第 号 |
| 休止予定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |      |     |
| 休止内容   | 1 全部<br>2 一部( ) |      |     |
| 休止理由   |                 |      |     |
| 備考     |                 | 受付欄  |     |

注1 「休止内容」の欄は、該当する番号を で囲んでください。

2 印の欄は、記入しないでください。

第17号様式(第15条関係)

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)変更届出書

年 月 日

(あて先)伊勢原市消防長

(届出者)  
所在地

事業所名

代表者氏名

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)の変更について次のとおり届け出ます。

|       |       |      |     |
|-------|-------|------|-----|
| 事業所名  |       |      |     |
| 所在地   |       |      |     |
| 認定年月日 | 年 月 日 | 認定番号 | 第 号 |
| 変更内容  |       |      |     |
| 備考    |       | 受付欄  |     |

注 印の欄は、記入しないでください。



第 18 号様式 ( 第 17 条関係 )

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定取消通知書

年 月 日

様

伊勢原市消防長

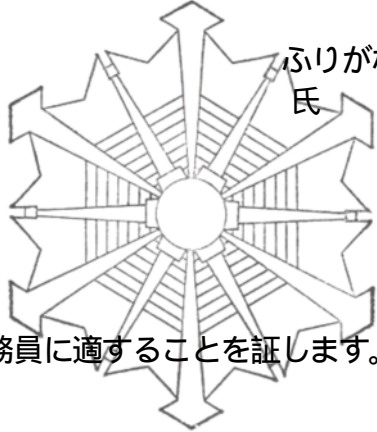
印

次の事業所については、伊勢原市患者等搬送事業認定等に関する要綱第 17 条の規定に基づき認定を取り消しましたので通知します。

|           |       |
|-----------|-------|
| 事業所名      |       |
| 所在地       |       |
| 管理責任者・職氏名 |       |
| 認定年月日     | 年 月 日 |
| 認定番号      | 第 号   |
| 認定取消年月日   | 年 月 日 |
| 取消理由      |       |

第19号様式(第19条関係)

患者等搬送乗務員適任証  
(表)

|   |  |   |
|---|--|---|
| 第 号   | <p>患者等搬送乗務員適任証</p>  <p>ふりがな<br/>氏 名</p> | <p>年 月 日生</p>                                       |
| <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>写 真</p> | <p>上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証します。</p>  |   |
| <p>年 月 日交付</p>  |  | <p>伊勢原市消防長 <span style="float: right;">印</span></p> |

備考 地色は緑色とし、文字は黒色、マークは灰色で表示する。

(裏)

| 定期講習受講欄 |        |        |       |
|---------|--------|--------|-------|
|         | 受講日年月日 | 講習実施機関 | 有効期限  |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 備考      |        |        |       |

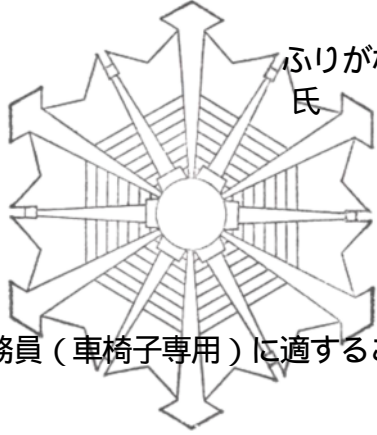
注1 患者等搬送業務に従事する場合は、必ず携帯してください。

2 消防機関が行う定期講習を2年に1回以上受講することで適任証は継続します。

伊勢原市消防本部

第20号様式(第19条関係)

患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証  
(表)

|     |  |
|-----|--|
| 第 号 | <p>患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: 15%; text-align: center;">写 真</div> <div style="text-align: center;">  <p>ふりがな<br/>氏 名</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>年 月 日生</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">上記の者は、患者等搬送乗務員(車椅子専用)に適することを証します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日交付</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">伊勢原市消防長 <span style="float: right;">印</span></p> |
|-----|--|

備考 地色は桃色とし、文字は黒色、マークは灰色で表示する。

(裏)

| 定期講習受講欄 |        |        |       |
|---------|--------|--------|-------|
|         | 受講日年月日 | 講習実施機関 | 有効期限  |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 講習      | 年 月 日  |        | 年 月 日 |
| 備考      |        |        |       |

注1 患者等搬送業務に従事する場合は、必ず携帯してください。  
注2 消防機関が行う定期講習を2年に1回以上受講することで適任証は継続します。

伊勢原市消防本部

第 2 1 号様式 ( 第 1 9 条関係 )

患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員  
( 車椅子専用 ) 適任証交付 ( 再交付 ) 申請書

年 月 日

( あて先 ) 伊勢原市消防長

( 申請者 )

住 所

氏 名

連絡先電話番号

患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証の交付(再交付)について次のとおり申請します。

|                 |   |   |     |   |
|-----------------|---|---|-----|---|
| ( ふりがな )<br>氏 名 |   |   |     | ( 写真 )<br>縦 3 センチメートル、横 2.5 センチメートル、正面、上半身、脱帽で、6 か月以内に撮影したものをはってください。 |
| 住 所             |   |   |     |   |
| 生 年 月 日         | 年   | 月 | 日 生 |   |
| 申 請 要 件         | 1 第 1 9 条 第 1 項 第 1 号 該 当 者<br>2 第 1 9 条 第 1 項 第 2 号 該 当 者<br>3 第 1 9 条 第 1 項 第 3 号 該 当 者<br>4 第 1 9 条 第 1 項 第 4 号 該 当 者<br>5 第 1 9 条 第 1 項 第 5 号 該 当 者 |   |     |   |
|                 | 再交付 ( 年 月 日 交付 ・ 第 号 )<br>( 再交付理由 )   |   |     |   |
| 適任証種別           | 1 患者等搬送乗務員適任証<br>2 患者等搬送乗務員 ( 車椅子専用 ) 適任証   |   |     |   |
| 交付年月日           | 年   | 月 | 日   | 交付番号 第 号  |
| 特 記 事 項         |   |   |     | 受付欄   |

注 1 太線枠内は、記入しないでください。

- 2 適任証用の写真 ( 6 か月以内撮影、正面、上半身、脱帽、縦 3 センチメートル × 横 2 . 5 センチメートル ) を 1 枚添付してください。
- 3 申請要件に該当することを証明する書面 ( 写しでも可 ) を添付してください。
- 4 適任証の汚損又は破損により再交付の申請をする場合は、当該適任証を添付してください。

第22号様式(第21条関係)

|  |   |   |       |
|--|---|---|-------|
| <p>基礎講習・基礎講習(車椅子専用)・定期講習受講申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先)伊勢原市消防長</p> <p style="text-align: right;">(申請者)<br/>住 所<br/><br/>氏 名</p> <p>基礎講習・基礎講習(車椅子専用)・定期講習の受講を次のとおり申請します。</p> |   |   |       |
| 区 分  | 1 患者等搬送乗務員基礎講習<br>2 患者等搬送乗務員(車椅子専用)基礎講習<br>3 患者等搬送乗務員定期講習(共通) |   |       |
| ふりがな   |   |   |       |
| 氏 名  |   |   |       |
| 生 年 月 日  | (大・昭・平)   | 年 | 月 日 生 |
| 住 所  | 電話 ( )  |   |       |
| 勤 務 先  | (名称)  |   |       |
|  | (所在地) 電話 ( )  |   |       |
| 受付欄  |   |   | 経過欄   |

注 印の欄は、記入しないでください。

第23号様式(第22条関係)

患者等搬送乗務員・患者等搬送乗務員(車椅子専用)講習修了者管理簿

|             |                          |               |       |
|-------------|--------------------------|---------------|-------|
| ふりがな<br>氏名  |                          |               |       |
| 生年月日        | (大・昭・平) 年 月 日生           |               |       |
| 住所          | 電話 ( )                   |               |       |
| 勤務先         | 電話 ( )                   |               |       |
| 認定区分欄       | 第19条第1項第 号該当 ( )         |               |       |
| 乗務員区分       | 患者等搬送乗務員 患者等搬送乗務員(車椅子専用) |               |       |
| 認定番号        | 第 号                      | 交付年月日         | 年 月 日 |
| 定期講習受講経過記録欄 | (受講場所)                   | (受講場所)        |       |
|             | (受講年月日) 年 月 日            | (受講年月日) 年 月 日 |       |
|             | (受講場所)                   | (受講場所)        |       |
|             | (受講年月日) 年 月 日            | (受講年月日) 年 月 日 |       |
|             | (受講場所)                   | (受講場所)        |       |
|             | (受講年月日) 年 月 日            | (受講年月日) 年 月 日 |       |
|             | (受講場所)                   | (受講場所)        |       |
|             | (受講年月日) 年 月 日            | (受講年月日) 年 月 日 |       |
|             | (受講場所)                   | (受講場所)        |       |
|             | (受講年月日) 年 月 日            | (受講年月日) 年 月 日 |       |
| 備考          |                          |               |       |

