

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） 所在地 名称 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			
国土交通省免許登録番号			
定款に定める事業内容			
備考		※ 受付	

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 (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	<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車		<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（車椅子専用）			
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（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 の 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。

車両写真添付

(前面)

(後面)

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			
管理責任者職氏名			
自動車の形態		<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車 <input type="checkbox"/> 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

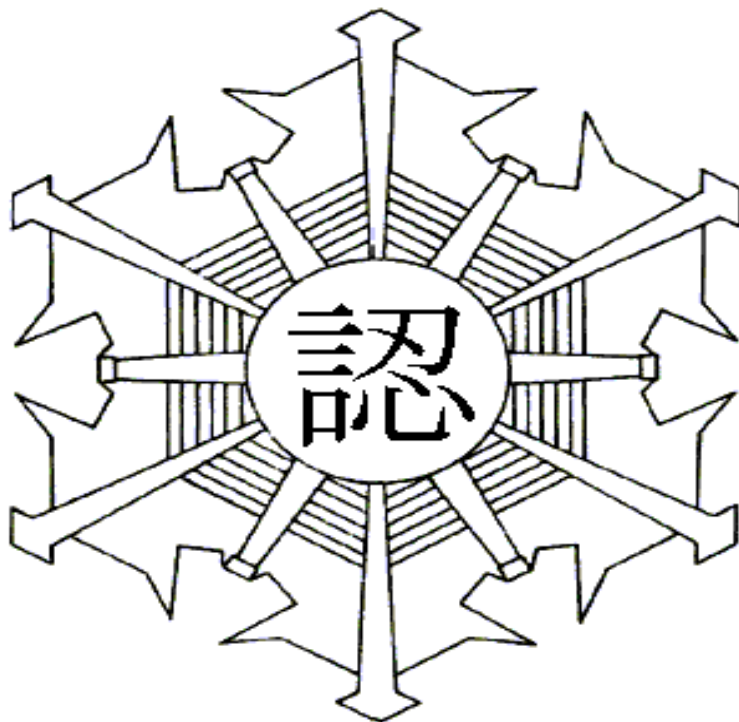
様

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

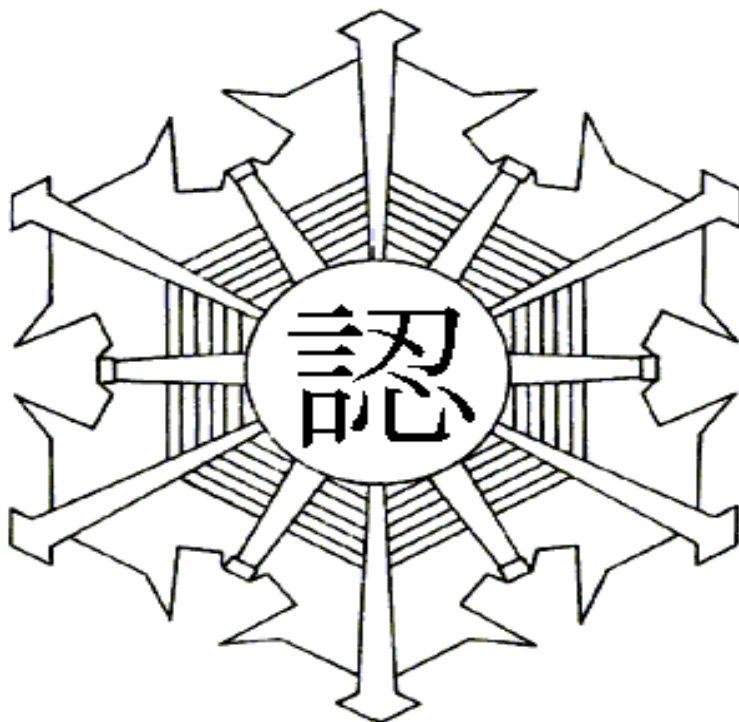
第7号様式（第7条関係）

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 3.6 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 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 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 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 FAX
	認定年月日 年 月 日	

第11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 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 過 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12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 2 患者等搬送用自動車認定マーク 3 患者等搬送事業者（車椅子専用）認定証 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 交付年月日及び認定番号		年 月 日交付 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 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）認定の失効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
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 2 患者等搬送事業の廃止 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 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

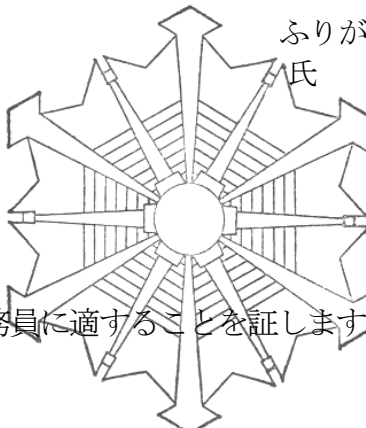
印

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> <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 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、患者等搬送乗務員に適することを証します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日交付</p>
	<p>伊勢原市消防長 印</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)

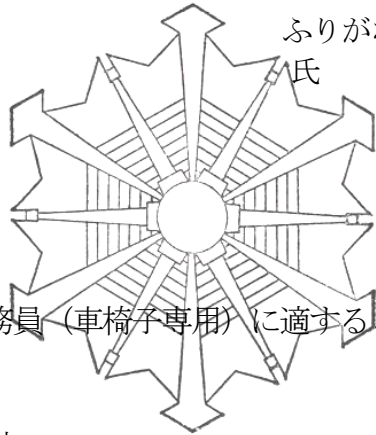
定期講習受講欄			
	受講日年月日	講習実施機関	有効期限
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
備考			

- 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	患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証		
写 真		年 月 日生	ふりがな 氏 名
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。			
年 月 日交付			
伊勢原市消防長			<input type="checkbox"/>

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。
 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21号様式（第19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） 氏 名				（写真） 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19条第1項第1号該当者 2 第19条第1項第2号該当者 3 第19条第1項第3号該当者 4 第19条第1項第4号該当者 5 第19条第1項第5号該当者				
	再交付（ 年 月 日交付・ 第 号） （再交付理由）				
適任証種別	1 患者等搬送乗務員適任証 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)

基礎講習・基礎講習 (車椅子専用)・定期講習受講申請書

年 月 日

(あて先) 伊勢原市消防長

(申請者)

住 所

氏 名

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。

区 分	1 患者等搬送乗務員基礎講習 2 患者等搬送乗務員 (車椅子専用) 基礎講習 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 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	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員 <input type="checkbox"/> 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	
備考			

