

様式第2号

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">基礎講習受講申込書</p>		<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">消防本部名</p>	<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">受付番号</p>	
<p style="margin: 0;">撰津市消防本部 撰津市消防長 様</p>		<p style="margin: 0;">年 月 日</p>		
<p style="margin: 0;">講習種別</p>	<p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）</p>			
<p style="margin: 0;">のり付部分</p>	<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">(ふりがな)</p>			
<p style="margin: 0;">写真 (1枚)</p>	<p style="margin: 0;">氏名</p>			
<p>1 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の写真で、裏面に必ず氏名及び撮影年月日を記入してください。</p> <p>2 この写真は、適任証に使用しますので写真貼付は「のり付け部分」のみに使用してください。</p>	<p style="margin: 0;">生年月日</p>	<p style="margin: 0;">年</p>	<p style="margin: 0;">月</p>	<p style="margin: 0;">日生</p>
	<p style="margin: 0;">住所</p>	〒 —		
	<p style="margin: 0;">電話： ( )</p>			
<p style="margin: 0;">勤務先</p>	<p style="margin: 0;">名称</p>			
<p style="margin: 0;">所在地</p>	〒 —			
<p style="margin: 0;">電話： ( )</p>				
<p style="margin: 0;">希望受講日</p>	<p style="margin: 0;">第 回 年 月 日 ～ 月 日</p>			
<p style="margin: 0;">※受講実施消防本部受付欄</p>		<p style="margin: 0;">※申込先消防本部受付欄</p>		

申込時のご注意

- 希望する講習区分の□欄にチェックして下さい。
- 受講希望者の電話番号は、講習開催に関する連絡事項がある場合に使用しますので、連絡が取りやすい番号を記入してください。
- 各欄の記入については、はっきりと鮮明に記入してください。
- 申込書の提出先は、申込者の居住地又は勤務先を管轄する消防本部へ提出してください。
- ※欄には、記入しないでください。

様式第2号の3

定期講習受講申込書		消防本部名	受付番号	年	月	日
摂津市消防本部 摂津市消防長 様						
講習種別		患者等搬送乗務員定期講習				
適任証	交付番号	第 号				
	交付日	年 月 日				
(ふりがな) 氏名						
生年月日		年 月 日生				
住所		〒 - 電話： ( )				
勤務先	名称					
	所在地	〒 -				
		電話： ( )				
希望受講日		第 回 年 月 日				
※受講実施消防本部受付欄				※申込先消防本部受付欄		

申込時のご注意

- 受講希望者の電話番号は、講習開催に関する連絡事項がある場合に使用しますので、連絡が取りやすい番号を記入してください。
- 各欄の記入については、はっきりと鮮明に記入してください。
- 申込書の提出先は、申込者の住所又は勤務先を管轄する消防本部へ提出してください。
- ※欄には、記入しないでください。

様式第4号

<p>特 例 認 定 申 請 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>摂津市消防本部 摂津市消防長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> <p>特例認定について、下記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
<p style="color: red;">のりづけ</p> <p>30mm</p> <p>40mm</p> <p style="color: red;">写 真</p>	<p>ふりがな 氏 名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日生</p> <hr/> <p>住 所 〒</p> <p style="text-align: right;">電 話： (     )</p>
<p>勤務先</p>	<p>名 称</p> <hr/> <p>〒</p> <p>所 在 地</p> <p style="text-align: right;">電 話： (     )</p>
<p>※ 受 付 欄</p>	<p>※ 経 過 欄</p>

- (注) 1 患者等搬送乗務員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、無背景の写真(3cm×4cm)で、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載すること。
- 3 ※印欄は記入しないこと。



様式第6号（その1）

患者等搬送事業者認定申請書	
年 月 日	
<p>撰津市消防本部 撰津市消防長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 氏 名</p> <p>患者等搬送事業者認定について下記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
事業所名	
所在地	〒 _____  電話番号 ( _____ )
管理責任者 職 氏 名	
認定種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
国土交通省 許可又は登録	<input type="checkbox"/> 一般乗用旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 特定旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 一般貸切旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 自家用有償旅客運送
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 <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	
<p>注 1 申請者は、国土交通省許可証若しくは免許状の申請者又は自家用有償旅客運送の登録申請の申請者と同様とすること</p> <p>2 申請者が法人の場合、氏名欄には、その名称及び代表者氏名を記入すること</p> <p>3 申請事業者名は、国土交通省の認可証等に記載されている事業所名を記入すること</p> <p>4 □欄には、該当するものにレ印を付けること</p> <p>5 ※欄には記入しないこと</p> <p>6 必要な関係書類を添付すること</p> <p>7 2部作成し、提出すること</p>	

様式第6号 (その2)

営業区域					
営業時間				料金	
患者等搬送用 自動車台数		<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 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車			
乗務員数	総数	<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 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車			
	名	昼	夜	名	名
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	
その他		会員数		会費	

乗 務 員 名 簿

番号	氏 名	年 齢	患者等搬送乗務員適任証			
			適任証種別	適任証番号	交付年月日	備考
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	
		歳			年 月 日	

注 適任証種別欄は、下記の区分により記載すること

- 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の乗務員・・・「1」
- 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車の乗務員・・・・・・・・・・・・・・・・「2」
- 提出時には、適任証の写し（表面及び裏面）を添付すること

様式第8号 (その1)

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								
禁止されている 車両の装備	サイレン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			赤色灯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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			



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13号

認定証等受領書

年 月 日

摂津市消防本部  
摂津市消防長 様

受領者  
職・氏名

下記事業所に係る認定証及び認定マーク等を受領いたしました。  
なお、認定有効期限が経過したとき又は基準不適合等により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	
管理責任者名 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 <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 認定事業内容欄には、認定証に記載されている認定事業内容を□欄にチェックすること

様式第14号

<p>修 了 証 再 交 付 申 請 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>摂津市消防本部 摂津市消防長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p> <p>下記の理由により修了証を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので、修了証の再交付について申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 (      )
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日
修 了 証 区 分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）
(理由)	
※ 受 付	

- 注 1 申請に係る修了証区分を□欄にチェックすること  
 2 ※に記入しないこと

様式第15号

<p>適 任 証 再 交 付 申 請 書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>摂津市消防本部 摂津市消防長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p> <p>下記の理由により適任証を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので、適任証の再交付について申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ( )
適任証取得年月日	年 月 日
適 任 証 区 分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任証 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）
(理由)	
※ 受 付	

- 注 1 写真（申請1ヶ月以内に撮影した無帽、上半身、無背景、横30mm×縦40mmのもので、その裏面に撮影年月日、氏名を記載したもの）を添えて申請すること
- 2 申請に係る適任証区分を□欄にチェックすること
- 3 ※には記入しないこと

患者等搬送事業認定証等再交付申請書

年 月 日

摂津市消防本部  
 摂津市消防長 様

申請者 住 所  
 職・氏 名

下記の証票を（亡失・滅失・汚損・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 <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	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
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 申請に係る必要な各項目の□欄にチェックすること  
 2 ※には記入しないこと

様式第17号

業務内容変更届

年 月 日

摂津市消防本部  
 摂津市消防長 様

届出者 住 所

職・氏 名

下記事業所について、認定内容に係る業務内容変更の届をいたします。

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 <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
変更内容	<input type="checkbox"/> 事業所名 <input type="checkbox"/> 搬送自動車 <input type="checkbox"/> 乗務員名簿 <input type="checkbox"/> その他
(変更の詳細)	
※ 受 付	
注 1 届け出に係る必要な各項目の□欄にチェックすること 2 事業所名変更については、国土交通省の認可証等を添付すること 3 認定事業内容の変更については、新たに認定申請が必要となります 4 ※には記入しないこと	

患者等搬送事業廃止届

年 月 日

摂津市消防本部  
 摂津市消防長 様

届出者 住 所

職・氏 名

下記事業所について、認定内容の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 <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
返納認定証等	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
返納不能認定証等	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
返納不能理由	
※ 受 付	
注	1 認定事業内容欄には、認定事業内容を□にチェックすること 2 返納認定証等欄に記載されている認定証等は全て返納すること 3 ※には記入しないこと



<p>患者等搬送事業休止等届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>摂津市消防本部 摂津市消防長 様</p> <p style="text-align: center;">届出者 住 所 職・氏 名</p> <p>下記の患者等搬送事業の運営状況を届をいたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
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 <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
認定年月日	年 月 日
運営状況	<input type="checkbox"/> 認定事業の運営休止 (休止日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 認定事業の運営再開 (開始日： 年 月 日)
休止理由	
※ 受 付	
<p>注 1 届け出に係る必要な各項目の□欄にチェックすること</p> <p>2 認定事業の休止又は運営再開した場合には、速やかに届けを提出すること</p> <p>3 ※には記入しないこと</p>	

年 月 日	
摂津市消防本部 摂津市消防長 様	
報告者 住 所 職・氏 名	
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 <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	
収 容 予 定 関 医 療 機 関	
変 更 後 の 医 療 機 関	
変 更 理 由	
事 案 の 概 要	
対 応 措 置	
※ 受 付	
注 1 認定事業内容欄には、認定事業内容を□欄にチェックすること 2 認定事業者は、搬送業務を実施中、搬送業務の遂行に支障を及ぼす重大な事故等を発生させたときは、速やかに報告すること	