佐野市消防本部患者等搬送事業者に係る指導及び認定に関する要綱に規定する書類の様式を定める要領

佐野市消防本部患者等搬送事業者に係る指導及び認定に関する要綱（令和３年佐野市消防本部告示第４号。以下「要綱」という。）第１８条の規定に基づき、要綱に規定する書類の様式を次のように定める。

（１）　消毒実施記録表　様式第１号（要綱第３条関係）
（２）　講習受講申請書　様式第２号（要綱第４条関係）
（３）　特例適任者申請書　様式第３号（要綱第４条関係）
（４）　受講整理票　様式第４号（要綱第４条関係）
（５）　適任証（認定証等）再交付申請書　様式第５号（要綱第６条関係）
（６）　患者等搬送事業等認定（更新）申請書　様式第６号（要綱第７条関係）
（７）　乗務員名簿　様式第７号（要綱第７条関係）
（８）　患者等搬送用自動車台帳　様式第８号（要綱第７条関係）
（９）　認定証等交付書　様式第９号（要綱第７条関係）
(10)　認定不適合通知書　様式第１０号（要綱第７条関係）
(11)　患者等搬送事業等認定（更新）審査表　様式第１１号（要綱第７条関係）
(12)　患者等搬送状況報告書　様式第１２号（要綱第１０条関係）
(13)　特異事象発生届出書　様式第１３号（要綱第１１条関係）
(14)　患者等搬送事業等変更届出書　様式第１４号（要綱第１１条関係）
(15)　患者等搬送事業等休止（廃止）届出書　様式第１５号（要綱第１１条関係）
(16)　患者等搬送事業等調査表　様式第１６号（要綱第１２条関係）
(17)　患者等搬送事業者認定取消（失効）通知書　様式第１７号（要綱第１６条関係）
(18)　適任証交付記録表　様式第１８号（要綱第１７条関係）
(19)　認定証等交付記録表　様式第１９号（要綱第１７条関係）

別記様式第１号（要綱第３条関係）

消　毒　実　施　記　録　表

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施月日	使 用 薬 品 及 び 濃 度	実　施　者	確認 サイン
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			

別記様式第２号（要綱第４条関係）

講　習　受　講　申　請　書

<table>
<tr><td colspan="4">年　　月　　日
佐野市消防本部 消防長　様

申 請 者
氏　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">区　　分</td><td colspan="2">乗務員資格講習
乗務員資格講習（車椅子専用）
乗務員資格定期講習</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">写　真

３㎝×４㎝</td><td colspan="2">ふりがな
氏　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所

電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>本籍</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事業所</td><td>名　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">※　受　付　欄</td><td colspan="2">※　経　過　欄</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

備考

１　乗務員再講習の場合は、写真の添付の必要はありません。

２　写真は、受講申請前６か月以内に撮影した正面上半身（３㎝×４㎝）のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載したものを添付してください。

３　※の欄は、記入しないでください

別記様式第３号（要綱第４条関係）

特　例　適　任　者　申　請　書

年　　月　　日

佐野市消防本部 消防長　様

申 請 者
氏　名

写　真 ３㎝×４㎝	ふりがな 氏　名		
	住　所　　電話　　（　）		
	生年月日	本籍	
事業所	名　称		
	所在地	電話　　（　）	
※　受　付　欄		※　経　過　欄	

備考

１　乗務員資格講習又は乗務員資格講習（車椅子専用）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提示してください。

２　写真は、受講１ヶ月以内に撮影した正面上半身(３㎝×４㎝)のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載したものを添付してください。

３　※の欄は、記入しないでください。

別記様式第４号（要綱第４条関係）

受　講　整　理　票

受付番号	第　　号	佐野市消防本部
講習種別	乗務員資格講習 乗務員資格講習（車椅子専用） 乗務員資格定期講習	
ふりがな 氏名	年　月　日生	
事業所名		
所在地		
受講日時	年　月　日　時　分から 年　月　日　時　分まで	
受講場所		
写　真 3㎝×4㎝	※　受　付　欄	

別記様式第５号（要綱第６条、要綱第１３条関係）

適 任 証（認 定 証 等）再 交 付 申 請 書

年　　月　　日

佐野市消防本部 消防長　様

申 請 者
氏　名

次の理由により（ 適任証・認定証 ）を（ 亡失・滅失・汚損・破損 ）しましたので、（ 適任証・認定証 ）の再交付について申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">写　真

３㎝×４㎝</td><td colspan="3">ふりがな
氏　名</td></tr>
<tr><td colspan="3">住　所　　電話　　（　）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">本籍</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事業所</td><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所　在</td><td colspan="3">電話　　（　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">（亡失等の理由）</td><td>※ 受 付 欄</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td></td></tr>
</table>

備考

１　適任証の再交付の場合は、写真（受講１ヵ月以内に撮影した正面上半身像（３㎝×４㎝）のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載したもの）を添付してください。

２　※の欄は、記入しないでください。

別記様式第６号（要綱第７条関係）

患 者 等 搬 送 事 業 等 認 定 （ 更 新 ）申 請 書

年　　月　　日

佐野市消防本部 消防長　様

申 請 者
職・氏名

□ 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。

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	
※ 受 付 欄	

備考
１　※の欄は、記入しないでください。
２　必要な関係書類を添付してください。
３　２部提出してください

営業区域					
営業時間					
料金					
乗務員数	総数	名（昼　名、夜　名）			
制服	色		形式		
年間営業実績件数	病院への通入院				
	退院				
	転院				
	老人ホームへの送迎				
	旅行				
	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		会費		

別記様式第７号（要綱第７条関係）

乗 務 員 名 簿

番号	氏　　名	性別 年齢		□　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		
				適任証番号	交 付 年 月 日	備 考
					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	
					年　月　日	
					年　月　日	
					年　月　日	
					年　月　日	
					年　月　日	
					年　月　日	
					年　月　日	
					年　月　日	

別記様式第８号（要綱第７条関係）

患 者 等 搬 送 用 自 動 車 台 帳

車種（形式）			染　　色		
車 両 番 号			定　　員		人
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		
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	
ストレッチャー	長さ	cm	幅	cm	高さ	cm
消毒票の表示位置					

積 載 資 器 材			
品　　名	数 量	品　　名	数 量

車両写真添付①

（前面）

（後面）

車両写真添付②

（右側面）

（左側面）

別記様式第９号（要綱第７条関係）

認 定 証 等 交 付 書

第　　号
年　　月　　日

様

佐野市消防本部
消防長　　印

年　　月　　日付けの申請については、適合していると認めますので、認定証等を次のとおり交付します。

事　業　所　名	
所　在　地	
管理責任者・職氏名	
認　定　番　号	

認 定 証 等 受 領 書

次の認定証を確かに受領しました。

・患者等搬送事業者認定証　　枚
・患者等搬送事業者(車椅子専用)認定証　　枚
・患者等搬送用自動車認定マーク　　枚
・患者等搬送用自動車(車椅子専用)認定マーク　　枚

なお、患者等搬送事業者指導基準に不適合として、貴職から返還を求められた場合は、速やかに返納いたします。

問合わせ
課　　係
電話　　（　　）

別記様式第１０号（要綱第７条関係）

認 定 不 適 合 通 知 書

第　　号
年　　月　　日

様

佐野市消防本部
消防長　　印

　　年　　月　　日付けの申請については、次の理由により認定しないので、通知します。

事　業　所　名	
所　在　地	
管理責任者・職氏名	
認　定　番　号	
否　認　定　理　由	

問合わせ
課　　係
電話　　（　　）

別記様式第１１号（要綱第７条関係）

患 者 等 搬 送 事 業 等 認 定（ 更 新 ）審 査 表

事業所名 所在地	電話　　（　　）		
管理責任者 職・氏名			
１　乗務員の資格要件			
２　患者等搬送用自動車			
(1) 車内の広さ		(2) 定員	
(3) 換気及び冷暖房		(4) ｽﾄﾚｯﾁｬｰ等の固定	
(5) ｽﾄﾚｯﾁｬｰ等の大きさ		(6) ｽﾄﾚｯﾁｬｰ等固定ﾍﾞﾙﾄ	
(7) 通信連絡装置		(8) 車椅子等の自動乗降装置	
３ 赤色灯及びサイレン		４ 車体表示	
５ 積載資器材		６消毒記録表の表示	
７ 服装		８ ﾊﾟﾝﾌﾚｯﾄ等への表示状況	
９ 国土交通大臣の免許等			

記入者

階級・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別記様式第１２号（要綱第１０条関係）

患　者　搬　送　状　況　報　告　書

年　　月　　日

佐野市消防本部 消防長　様

申 請 者
事業所名
氏名

年　　月中における患者等搬送状況について、次のとおり報告いたします。

搬　送　件　数	件	搬　送　人　員	人
医師同乗件数	件	看護師等同乗件数	件

搬　送　種　別　状　況		うち医師同乗	うち看護師同乗
病院への通院	件　人	件	件
病院への入院	件　人	件	件
病院からの退院	件　人	件	件
病院から病院への転院	件　人	件	件
老人ホーム等への送迎	件　人	件	件
観光等の目的による送迎	件　人	件	件
入浴等の福祉搬送	件　人	件	件
感染症等患者の搬送	件　人	件	件
そ　の　他	件　人	件	件

利　用　者　の　状　況	
車椅子を必要とした利用者数	人
ストレッチャーを必要とした利用者数	人
上記以外の利用者数	人

備考　　搬送人数は、介護者及び付き添い等を除いた人数とします。

別記様式第１３号（要綱第１１条関係）

特　異　事　象　発　生　届　出　書

年　　月　　日

佐野市消防本部 消防長　様

申 請 者
事業所名
氏名

患者等搬送事業等において、次の特異事象が発生したので届け出ます。

事業所	所　在　地	
	名　　称	
	管理責任者	
発　生　日　時		年　　月　　日（　　） 時　　分(頃)
発　生　場　所		
乗　　務　　員		氏名(運転者) 氏名
※ 受 付 欄		※　　経　　過　　欄

備考　※の欄には記入しないでください。

特異事象の発生概要	
特異事象発生に対する対応(処置)の状況	

別記様式第１４号（要綱第１１条関係）

患 者 等 搬 送 事 業 変 更 届 出 書

年　　月　　日

佐野市消防本部 消防長　様

申 請 者
氏名

次の事業所について、事業内容の変更の届けをします。

事 業 所 名	
所　在　地	電話　　（　　）
（変更の内容等）	
※ 受 付	

備考　※の欄は、記入しないでください。

別記様式第１５号（第１１条関係）

患者等搬送事業休止（廃止）届出書

年　　月　　日

佐野市消防本部 消防長　様

申 請 者
氏名

患者等搬送事業等について、次のとおり事業を(休止・廃止)するので届け出ます。

事業所	所　在　地	
	名　　称	
	管理責任者	
変　更　期　日		年　　月　　日
休止(廃止)する理由		

※ 受 付 欄	※　　経　　過　　欄

備考　※の欄は、記入しないでください。

別記様式第１６号（要綱第１２条関係）

患 者 等 搬 送 事 業 等 調 査 表

次の患者等搬送事業等の調査を行った結果、
認定基準に（　適合したので・不適合がありましたので　）報告します。

事　業　所　名			
所　在　地			
管　理　責　任　者			
道　路　運　送　法 免　許　等　の　取　得	種　類　　番　号		
前年の事業実績	総　搬　送　状　況	うち医師等同乗状況	うち応急処置の数
通　院　搬　送	回　人	回　人	回　人
入　院　搬　送	回　人	回　人	回　人
退　院　搬　送	回　人	回　人	回　人
病院から病院への搬送	回　人	回　人	回　人
老人ホーム等への送迎	回　人	回　人	回　人
観光目的の搬送	回　人	回　人	回　人
入浴等施設搬送	回　人	回　人	回　人
感染症患者の搬送	回　人	回　人	回　人
その他の搬送	回　人	回　人	回　人

<table>
<tr><td>乗　務　員　数</td><td colspan="2">名
（うち有効期限内にある適任証交付者数　　名）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">搬　送　体　制</td><td>車　両　台　数</td><td></td></tr>
<tr><td>患者等収納スペース</td><td></td></tr>
<tr><td>定　員</td><td></td></tr>
<tr><td>換気冷暖房設備</td><td></td></tr>
<tr><td>ストレッチャー等</td><td></td></tr>
<tr><td>緊急時の連絡装置</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">サイレン又は赤色灯等緊急自動車としての装置はしていないか</td><td>されている　　されていない</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者等搬送用自動車である旨の表示がされているか</td><td>されている　　されていない</td></tr>
<tr><td colspan="2">応急処置に必要な資器材が積載されているか</td><td>されている　　されていない</td></tr>
<tr><td colspan="3">1　呼吸管理用資器材　□バックマスク　□ポケットマスク
2　保温用資器材　□敷物　□毛布
3　搬送用資器材　□ストレッチャー(担架)等　□枕
4　創傷用資器材　□三角巾　□ガーゼ
□包帯　□タオル
□絆創膏
5　消毒用資器材　□噴霧消毒器　□消毒薬
6　その他資器材　□はさみ　□マスク
□手袋　□ピンセット
□膿盆汚物入れ</td></tr>
<tr><td colspan="2">搬送業務にふさわしい服装を使用しているか</td><td>されている　　されていない</td></tr>
<tr><td colspan="2">車両内に消毒実施状況が表示されているか</td><td>されている　　されていない</td></tr>
<tr><td colspan="2">業務案内パンフレットに「救急業務を行う又は重症患者を扱う」等の表示がされていないか</td><td>されている　　されていない</td></tr>
</table>

別記様式第１７号（要綱第１６条関係）

患者等搬送事業者認定取消（失効）通知書

第　　号
年　　月　　日

様

佐野市消防本部
消防長　　印

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であると認められるので、認定を取消し又は失効とします。
なお、交付されている認定証等は、返納してください。

事　業　所　名	
所　在　地	
管理責任者・職氏名	
認　定　番　号	
取消（失効）理由	

問合わせ
課　　係
電話　　（　　）

別記様式第１８号（要綱第１７条関係）

適　任　証　交　付　記　録　表

No.	事業所所在地 事　業　所　名	交付番号 交付年月日	本 籍 氏 名	備　考

備考　再交付は、備考欄に「再交付」と朱書きするものとする。

別記様式第１９条（要綱第１７条関係）

認　定　証　等　交　付　記　録　表

No.	事業所所在地 事　業　所　名	交付番号 交付年月日	交　付　枚　数	備　考
			・認定証　　枚 ・認定マーク　　枚 ・車両マーク　　枚	
			・認定証　　枚 ・認定マーク　　枚 ・車両マーク　　枚	
			・認定証　　枚 ・認定マーク　　枚 ・車両マーク　　枚	
			・認定証　　枚 ・認定マーク　　枚 ・車両マーク　　枚	
			・認定証　　枚 ・認定マーク　　枚 ・車両マーク　　枚	
			・認定証　　枚 ・認定マーク　　枚 ・車両マーク　　枚	
			・認定証　　枚 ・認定マーク　　枚 ・車両マーク　　枚	
			・認定証　　枚 ・認定マーク　　枚 ・車両マーク　　枚	

備考　・再交付は、備考欄に「再交付」と朱書きするものとする。
・車椅子専用事業者は、備考欄に「車椅子専用」と朱書きするものとする。