

患者等搬送事業に対する指導及び認定基準

平成24年12月1日
基準第1号

1 目的

この基準は、寝たきり老人、身体障害者、傷病者等(以下「患者等」という。)を対象に、これらの者の医療機関への入退院、通院および転院並びに社会福祉施設への送迎に際し、ベッド等を備えた専用車(以下「患者等搬送用自動車」という。)を用いて搬送を実施する事業(以下「患者等搬送事業」という。)に対し、利用者の安全、利便を確保するため、搬送業務に従事する者の資格、患者等搬送用自動車の構造等について基準を定め、患者等搬送事業の質的向上を図ることを目的とする。

2 患者等搬送事業指導基準(共通事項)

(1) 事業実施の基本原則

- ① 患者等搬送事業を行う者(以下「患者等搬送事業者」という。)は、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。
- ② 患者等搬送事業者は、緊急性のない者を搬送対象とすること。
- ③ 患者等搬送事業者は、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) 消防機関との連携

患者等搬送事業者は、次の各号の一に該当する場合は、119番等により、患者等の居る場所、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。

- 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が必要である場合。なお、この場合は、併せて患者等搬送用自動車に同乗し搬送業務に従事する者(以下「乗務員」という。)を派遣すること。
- ② 要請者の依頼場所に到着時点において、緊急に医療機関に搬送する必要がある場合。
- ③ 患者等の搬送途上において、緊急に医療機関に搬送する必要がある場合。

(3) 定期講習

患者等搬送事業者は、乗務員の応急手当技能を適切に管理するため、患者等搬送乗務員適任証(以下「適任証」という。)の交付を受けた乗務員に、2年に1回以上消防機関の行う別表3に掲げる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

患者等搬送用自動車及び積載資器材の消毒は、次により行うこと。

- ① 定期消毒 毎月1回以上
- ② 使用後消毒 毎使用後
- ③ 医師から消毒について特別な指示があった場合は、指示に基づいた消毒を行うこと。

(6) 衛生・安全管理

- ① 患者等搬送用自動車及び積載資器材については、点検整備を確実にを行い、清潔保持に努めること。
- ② 乗務員の服装は、患者等搬送業務にふさわしいものとし、清潔の保持に努めること。

(7) 事業案内

パンフレット等の事業案内には、救急隊と同レベルの活動ができるかのような表現はさけること。

3 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(個別事項)

(1) 乗務員の要件

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。

- ① 別表1の1に掲げる消防機関が行う講習を修了した者。
- ② 別表2に掲げる前号の者と同等以上の知識及び技能を有する者。

(2) 患者等搬送乗務員適任証の交付

- ① 消防長は、(1)の①及び②の該当者に対して、別記様式第1号の1に定める適任証を交付する。
- ② 適任証の有効期間は、2年間とする。ただし、2の(3)で定める定期講習を受けた者についてはさらに2年間有効とし、それ以降も同様とする。

(3) 適任証の携行

乗務員は、搬送業務に従事するときは、適任証を携帯すること。

(4) 運行体制

患者等搬送事業者は、患者等搬送用自動車1台につき2名以上の乗務員をもって業務を行わせること。
ただし、退院等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。

(5) 患者等搬送用自動車の要件

患者等搬送用自動車は、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。

- 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 乗務員が業務を実施する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使用したまま確実に固定できる構造であること。
- ⑤ 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。

(6) 積載資器材

患者等搬送用自動車には、別表4の1に掲げる資器材を積載すること。

4 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業(個別事項)

(1) 乗務員(車椅子専用)の要件

車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車(以下「患者等搬送用自動車(車椅子専用)」という。)に同乗し搬送業務に従事する者(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。

- ① 別表1の2に掲げる消防機関が行う講習を修了した者。
- ② 別表2に掲げる前号の者と同等以上の知識及び技能を有する者。

(2) 患者等搬送乗務員適任証(車椅子専用)の交付

- ① 消防長は、(1)の①及び②の該当者に対して、別記様式第1号の2に定める患者等搬送乗務員適任証(車椅子専用)(以下「適任証(車椅子専用)」という。)を交付するものとする。
- ② 適任証(車椅子専用)の有効期間は、2年間とする。ただし、2の(3)で定める定期講習を受けた者についてはさらに2年間有効とし、それ以降も同様とする。
- (3) 適任証(車椅子専用)の携行
乗務員(車椅子専用)は、搬送業務に従事するときは、適任証(車椅子専用)を携帯すること。
- (4) 運行体制
患者等搬送用自動車(車椅子専用)を用いて搬送を実施する事業(以下「患者等搬送事業(車椅子専用)」という。)を行う者(以下「患者等搬送事業者(車椅子専用)」という。)は、患者等搬送用自動車(車椅子専用)1台につき1名以上の乗務員(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。
- (5) 患者等搬送用自動車(車椅子専用)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。
 - 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(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するものであること。
 - ④ 車椅子を使用したまま確実に固定できる構造であること。
 - ⑤ 車椅子の乗降を容易にするための装置を備えていること。
 - 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。
- (6) 積載資器材
患者等搬送用自動車(車椅子専用)には、別表4の2に掲げる資器材を積載すること。

5 患者等搬送事業認定基準(共通事項)

- (1) 認定対象となる患者等搬送事業者
認定対象となる患者等搬送事業者は、道路運送法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
 - ④ 自家用有償旅客運送の登録を受けた者
- (2) 認定の申請
 - ① 認定を受けようとする患者等搬送事業者は、当該事業所を管轄する消防長に対し認定を申請するものとする。
 - ② 認定の申請は、患者等搬送事業認定(更新)申請書(別記様式第2号)に、乗務員名簿(別記様式第3号)及び患者等搬送用自動車届(別記様式第4号)を添えて行うものとする。
- (3) 認定の審査
消防長は、別表5 に示す認定審査基準表により審査を行うものとし、結果を患者等搬送事業者へ通知(別記様式第5号)するとともに患者等搬送事業認定簿(別記様式第6号)に記載しておくものとする。

(4) 認定の有効期間

認定の有効期間は、認定を受けた日の翌日から起算して5年とする。

(5) 認定の更新

- ① 認定審査基準に適合した患者等搬送事業者(以下「認定業者」という。)は、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、当該認定証の期間の満了する日の1ヶ月前から当該期間が満了する日までの間に、更新を申請するものとする。
- ② 更新時の手続きは、認定時の手続きを準用するものとする。

(6) 認定マークの亡失等

認定業者は、認定マークを亡失し、又は滅失したときは、速やかに消防長に届け出て認定マークの再交付を受けることができるものとする。この場合、患者等搬送事業認定証再交付申請書(別記様式第10号)により申請するものとする。

(7) 事業の休止等

認定業者は、患者等搬送事業の全部若しくは一部を休止し、又は廃止したときは、休止・廃止届(別記様式第11号)により消防長に届け出るものとする。

(8) 認定の失効

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 道路運送法に定めるところにより、国土交通大臣の許可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 認定の有効期間が満了したとき。

(9) 認定業者の責務

- ① 認定業者は、指導基準を誠実に履行しなければならない。
- ② 認定業者は、患者等搬送業務実施中、搬送業務の遂行に支障を及ぼす重大な事故を発生させたときは、速やかに重大事故報告書(別記様式第12号)により消防長に報告するものとする。

(10) 認定業者の調査

- ① 消防長は、少なくとも年1回以上認定業者に対し、指導基準の履行状況を調査するものとする。
- ② 調査の結果から不適事項が認められたときは、認定基準に適合し、遵守義務を履行するよう指導するものとする。

(11) 認定の取り消し

- ① 消防長は、次の各号の一に該当するときは、認定を取り消すことができる。
 - ア. 認定業者が指導基準を遵守しないとき。
 - イ. 業務の遂行にあたって、重大な事故を発生させたとき。
 - ウ. その他、認定を継続することが、不相当と判断されるとき。
- ② 取り消し事案を確認したときは、認定取消調査書(別記様式第13号)に基づき審査を行い、取り消しの可否を決定するものとする。
- ③ 取り消したときは、認定取消通知書(別記様式第14号)及び認定証等返納請求書(別記様式第15号)を患者等搬送事業者に交付するとともに、患者等搬送事業認定簿の当該事業所欄を抹消するものとする。

6 認定証等の交付

(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(個別事項)

- ① 消防長は、認定審査基準に適合した患者等搬送事業者(以下「認定業者」という。)に対し、認定証(別記様式第7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)を交付するとともに、認定業者台帳(別記様式第8号)を作成するものとする。
- ② 認定証等の交付時、患者等搬送事業者から認定証等受領書(別記様式第9号)を徴するものとする。
- ③ 消防長は、審査の結果、認定しない場合は、その理由を付して患者等搬送事業者に通知するものとする。

(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(個別事項)

- ① 消防長は、認定審査基準に適合した患者等搬送事業者(車椅子専用)(以下「認定業者(車椅子専用)」という。)に対し、認定証(別記様式第7号)、患者等搬送事業者認定マーク(車椅子専用)(別図3)及び患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用)(別図4)を交付するとともに、認定業者台帳(別記様式第8号)を作成するものとする。
- ② 認定証等の交付時、患者等搬送事業者から認定証等受領書(別記様式第9号)を徴するものとする。
- ③ 消防長は、審査の結果、認定しない場合は、その理由を付して患者等搬送事業者に通知するものとする。

7 委任

この基準の実施に関し必要な事項は、消防長が定める。

附 則

この基準は、平成24年12月1日から施行する。

別表1 消防機関の行う講習

1 消防機関の行う講習[乗務員]

課 目	時 間 数
総論	1
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)	13
体位管理要領	2
消防機関との連携要領	2
車両資器材の消毒及び感染防止要領	2
搬送法	2
修了考査	2
合 計	24

* 課目の1時間は、45分とする。

2 消防機関の行う講習[乗務員(車椅子専用)]

課 目	時 間 数
総論	1
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)	9
体位管理要領	1
消防機関との連携要領	2
車両資器材の消毒及び感染防止要領	1
搬送法	1
修了考査	1
合 計	16

* 課目の1時間は、45分とする。

3 講師

上記に掲げる講習の講師は、次のいずれかに該当する者をもって充てるものとする。

- ① 救急隊長として3年以上の実務経験を有する者で、消防長が適任と認めた者
- ② 消防大学の救急科課程の修了者で、消防長が適任と認めた者
- ③ 消防学校の救急科課程の教官として2年以上の経験を有する者で、消防長が適任と認めた者

4 乗務員の修了考査実施基準

修了考査は次の内容とし、80点以上を以て合格とする。

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2 消防機関の行う適任者講習を修了した者と同等以上の知識及び技能を有する者

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課程を修了した者。
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、消防機関の行う適任者講習に不足する課目については、消防機関の行う講習を受講すること。
3	上記、1及び2に掲げる者以上の知識及び技能を有すると消防長が認めた者。

別表3 定期講習

1 定期講習は、次の表に掲げるものとする。

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

* 課目の1時間は、45分とする。

2 講 師

適任者講習と同じ。

別表4 患者等搬送用自動車に積載する資器材

1 患者等搬送用自動車に積載する資器材

項 目	資 器 材 名
呼吸管理用資器材	バッグバルブマスク ポケットマスク
保温・搬送用資器材	敷物 保温用毛布 担架 まくら
創傷等保護用資器材	三角巾 ガーゼ 包帯 タオル ばんそうこう
消毒用資器材(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 マスク ピンセット 手袋 膿盆汚物入れ 体温計 ※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

項 目	資 器 材 名
呼吸管理用資器材	※バッグバルブマスク ポケットマスク
保温・搬送用資器材	※敷物 保温用毛布 担架 ※まくら
創傷等保護用資器材	三角巾 ガーゼ 包帯 タオル ばんそうこう
消毒用資器材(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 マスク ※ピンセット 手袋 膿盆汚物入れ 体温計 ※AED

「※」は任意の積載とする。

別表5 認定審査基準表

事業所名			
所在地		電話 ()	
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) ストレッチャー又は車椅子の固定	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			

別図1

患者等搬送事業者認定マーク



- 地—緑色、文字—黒色、マーク—金色
- 横21.0cm、縦29.7cm

別図2

患者等搬送用自動車認定マーク



患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面であって運転者の視野を妨げない見やすい位置に貼付するものとする。

- 地—緑色、文字—黒色、マーク—金色
- 直径 9cm

別図3

患者等搬送事業者認定マーク
(車椅子専用)



患者等搬送(車椅子専用)に適合する
事業者として認定する。

猪名川町消防本部

- 地—ピンク色、文字—黒色、マーク—金色
- 横21.0cm、縦29.7cm

別図4

患者等搬送用自動車認定マーク
(車椅子専用)



患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面であ
って運転者の視野を妨げない見やすい位置に貼付す
るものとする。


- 地—ピンク色、文字—黒色、マーク—金色
- 直径 9cm

別記様式第1号の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 style="font-size: 24px; margin: 0;">第 号</p>  <p style="font-size: 18px; margin: 0;">患者等搬送乗務員 適任証</p> <p style="font-size: 16px; margin: 0;">猪名川町消防本部</p>
-----------------------------------	---



175 mm

(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; width: 80px; height: 60px; margin-bottom: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="font-size: 10px;">写 真 25 × 40 mm</p> </div> <p style="font-size: 12px;">(ふりがな) 氏 名</p> <p style="font-size: 12px; margin-left: 100px;">年 月 日生</p> <p style="font-size: 12px;">本籍地 (都 道 府 県)</p> <p style="font-size: 12px; margin-left: 100px;">年 月 日交付</p> <p style="font-size: 10px; margin-top: 20px;">上記の者は、患者等搬送乗務員に 適することを証する。</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 60px; margin-left: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p style="font-size: 10px; margin-left: 100px; margin-top: 5px;">猪名川町消防本部 消防長</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="4" style="font-size: 12px;">再 講 習 受 講 欄</th> </tr> <tr> <th style="font-size: 10px;">年月日</th> <th style="font-size: 10px;">実施本部</th> <th style="font-size: 10px;">年月日</th> <th style="font-size: 10px;">実施本部</th> </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> <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> </table>	再 講 習 受 講 欄				年月日	実施本部	年月日	実施本部																								
再 講 習 受 講 欄																																	
年月日	実施本部	年月日	実施本部																														


175 mm

別記様式第1号の2

患者等搬送乗務員適任証(車椅子専用)

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>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 第 号 </div>  <p style="margin: 5px 0;">患者等搬送乗務員 適任証 (車椅子専用)</p> <p>猪名川町消防本部</p>
-----------------------------------	--



175 mm

(注) 地色はピンク色とし、文字は黒色とする。

内側(第1面)

(第2面)

<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <p style="text-align: center;">写 真</p> <p style="text-align: center;">25×40 mm</p> </div> <div> <p>(ふりがな) 氏 名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日生</p> <p>本籍地 (都 道 府 県)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日交付</p> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員に 適することを証する。</p> <p style="text-align: center;">猪名川町消防本部 消防長</p> </div> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="4">再 講 習 受 講 欄</th> </tr> <tr> <th>年月日</th> <th>実施本部</th> <th>年月日</th> <th>実施本部</th> </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> <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> </table>	再 講 習 受 講 欄				年月日	実施本部	年月日	実施本部																								
再 講 習 受 講 欄																																	
年月日	実施本部	年月日	実施本部																														

175 mm

別記様式第2号

<p>患者等搬送事業認定(更新)申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>猪名川町消防長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">職・氏名 印</p> <p>患者等搬送事業の認定(更新)について下記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
事業所名	
所在地	電話 ()
管理責任者・職氏名	
国土交通省許可番号	
定款に定める 事業内容	
※ 受付	

- (注) 1 ※印の欄は、記入しないこと。
 2 必要な関係書類を添付すること。
 3 2部提出すること。

(その2)

営業区域								
営業時間					料	金		
乗務員数	総数	人	昼間 夜間	人	人	車 両 台 数	ストレッチャー及び 車椅子固定	台
制服	色		形式				車椅子専用	台
年間営業実績件数	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			
事業内容書の有無	有・無	有の場合は案内書を添付すること						
特定医療機関との 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						
特定施設との 契約の有無	有・無	有の場合は施設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	性別年齢		患者等搬送乗務員適任証		
				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	

患者等搬送用自動車届

車種(型式)				塗 色		
車両番号				定 員	人	
車両区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車	患者收容部分の大きさ		長 さ	cm	
	<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車(車椅子専用)			幅	cm	
				高 さ	cm	
換気装置		有 ・ 無		冷 房		
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
ストレッチャーの大きさ		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

(その2)

車両写真添付
(前面)

(後面)

車両写真添付
(右面)

(左面)

(その4)

車両写真添付
(内部)

※ストレッチャー、車椅子の固定状況がわかるもの

認 定 審 査 結 果 通 知 書

様

猪名川町消防長

年 月 日付で申請のあったことについて、下記のとおり 認定する。
認定しない。

記

事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
認定番号	
認定しない理由	

別記様式第6号

患者等搬送事業認定簿

認定番号	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	
認定番号	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	
認定番号	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	
認定番号	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	
認定番号	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	



第 号

認 定 証

様

猪名川町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 事業所名

3 有効期間 年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

猪 名 川 町 消 防 長

認定業者台帳

事業所名		認定年月日	年 月 日
所在地		認定番号	第 号
管理責任者 職・氏名		連絡先	
経 過	更新年月日	認定番号	更新年月日
	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		年 月 日
備 考			

年 月 日

認定証等受領書

猪名川町消防長 様

受領者

職・氏名

印

下記事業所に係る認定証及び認定マークを受領いたしました。
なお、認定証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、速やかに返納いたします。

記

所在地	電話 ()
名称	
管理責任者職氏名	
認定証有効期限	年 月 日から 年 月 日まで
認定証番号	第 号

年 月 日

患者等搬送事業認定証再交付申請書

猪名川町消防長 様

申請者

住 所

氏 名

印

下記の理由により、患者等搬送事業認定証の再交付について申請いたします。

記

事業所名			
所在地	電話 ()		
認定証交付年月日	年 月 日	認定番号	第 号
再交付申請の理由			
※ 受 付			

(注)※印の欄は、記入しないこと。

年 月 日

患者等搬送事業 休止・廃止 届

猪名川町消防長 様

申請者

住 所

氏 名

印

下記の事業所について業務を休止・廃止いたします。

記

事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
認定番号	第 号
休止期間又は廃止年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
休止・廃止の理由	
※ 受付欄	※ 経過欄

(注)※印の欄は、記入しないこと。

重大事故報告書

猪名川町消防長 様

事業所名
管理者

事業所名	
所在地	
管理責任者	
発生日時	年 月 日 時 分
発生場所	
乗務員氏名	
当初の予定業務	
事故概要	
対応(処理)	
※受付	※ 経 過 欄

- (注) 1 他に必要な資料等がある場合は添付すること。
2 ※印の欄は、記入しないこと。

認定取消調査書

調査年月日	年 月 日
事業所名	
所在地	
管理責任者職・氏名	
認定番号	
調査内容	
意見	

調査者

階 級

氏 名

印

猪消第 号
年 月 日

認 定 取 消 通 知 書

様

猪名川町消防長

下記の理由により、猪名川町消防本部が認定する患者等搬送事業者として不相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	
管理責任者職・氏名	
理由	

猪消第 号
年 月 日

認定証等返納請求書

様

猪名川町消防長

下記の事業所につき、患者等搬送事業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	
返納理由	