○室蘭市消防本部患者等搬送事業認定等に関する要綱

（平成２１年８月１日制定）
平成２８年４月１日一部改正
令和元年７月１日一部改正
令和５年８月１日一部改正

（目的）

第１条　この要綱は、民間による患者等の搬送事業について、一定の基準に適合する者に対して認定等を行うことにより、患者等の生命及び身体の安全を図ることを目的とする。

（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、患者等の搬送専用に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、患者等の搬送専用に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。

（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等）

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）（以下「患者等搬送事業者等」という。）は、室蘭市内に事業所を有し、道路運送法（昭和２６年法律第１８３号）に定める次の者とする。

（１）　一般乗合旅客自動車運送事業の許可を受けた者

（２）　一般貨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等は、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）、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）により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４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たときは、患者等搬送事業者に対し、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、患者等搬送事業認定証（第６号様式）、患者等搬送事業認定マーク（別図１）及び患者等搬送用自動車認定マーク（別図２）を交付するものとする。

２　消防長は、前条の審査の結果、認定基準等に適合していると認めたときは、患者等搬送事業者（車椅子専用）に対し、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（車椅子専用）認定証（第６号様式（２））、患者等搬送事業（車椅子専用）認定マーク（別図１（２））及び患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク（別図２（２））を交付するものとする。

（認定患者等搬送事業者等の管理）

第８条　消防長は、認定した患者等搬送事業者について患者等搬送事業認定簿（第７号様式）　及び認定患者等搬送事業者台帳（第８号様式）に記載し、管理するものとする。

２　消防長は、認定した患者等搬送事業者（車椅子専用）について患者等搬送事業（車椅子専用）認定簿（第７号様式（２））及び認定患者等搬送事業者（車椅子専用）台帳（第８号様式（２））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、認定基準等に不適合と認めたときは、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９号様式）により患者等搬送事業者等に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、認定を受けた日の翌日から起算して５年とする。

（認定の更新）

第１１条　認定基準等に適合した患者等搬送事業者等（以下「認定業者等」という。）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、第５条に定める関係書類により有効期間満了日の１箇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　更新時の認定の審査、第７条の規定による患者等搬送事業認定証等（以下「認定証等」という。）の交付及び認定の有効期間については、第６条、第７条及び前条の規定を準用するものとする。

（認定証等の再交付の申請）

第１２条　認定業者等は、次の各号のいずれかに該当するときには、認定証等交付申請書（再交付・増車）（第１０号様式）により消防長に申請することができる。

（１）　認定証等を亡失し、滅失し、汚損し、若しくは破損したとき。

（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１３条　認定は、次の各号のいずれかに該当するときは、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）　患者等搬送事業又は患者等搬送事業（車椅子専用）（以下「患者等搬送事業等」という。）を廃止したとき。

（３）　認定の有効期間が満了したとき。

２　認定業者等は、前項の規定に基づき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１１号様式）により消防長に届け出なければならない。

（認定業者の責務）

第１４条　認定業者等は、常に認定基準等に適合するとともに、別表第３又は別表第４に掲げる遵守義務（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。

２　認定業者等は、患者等搬送事業等に係る搬送業務を行ったときには、患者等搬送事案処理票（第１２号様式）に必要な事項を記載し、１年以上保管しなければならない。

（報告及び届出）

第１５条　認定業者等は、患者等搬送事業等の遂行に当たって、次の各号に該当する事案を扱ったときは、

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）事故発生等報告書（第１３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。

（１）　患者等搬送事業等の遂行に当たって、重大な事故を発生させた場合

（２）　患者等を搬送中に容態変化があり、応急処置を実施した場合

（３）　患者等を搬送中に容態変化があり、救急要請した場合

２　認定業者等は、患者等搬送事業等に係る搬送業務の実施状況について、毎月１回患者等搬送事案報告書（第１４号様式）により消防長に報告しなければならない。

３　認定業者は、事業に関し、消防長から求めがあったときは、消防長に報告しなければならない。

４　認定業者等は、患者等搬送事業等の全部若しく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１５号様式）により消防長に届け出なければならない。

５　認定業者等は、患者等搬送事業等の全部若しくは一部を変更したときは、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１６号様式）により消防長に届け出なければならない。

（認定業者等の調査）

第１６条　消防長は、認定業者等に対し、年１回以上認定基準等への適合状況、遵守義務等の履行状況等について調査するものとする。

２　消防長は、前項の調査に必要があると認めるときは、認定業者等に対して必要な資料の提出を求めることができる。

（認定の取消し）

第１７条　消防長は、認定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）　患者等搬送事業等の遂行に当たって、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と判明したとき。

（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１７号様式）により患者等搬送事業者等に通知するものとする。

（認定証等の返還）

第１８条　患者等搬送事業者等は、第１３条の規定により認定が失効し、又は前条の規定により認定を取り消されたときには、速やかに認定証等を消防長に返還しなければならない。

２　認定を受けた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）を廃車するときは、速やかに患者等搬送用自動車認定マーク（別図２）又は患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク（別図２（２））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１８号様式）又は患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証（第１８号様式（２））（以下「適任証等」という。）を交付するものとする。

（１）　消防長が行う、別表第５又は別表第６に掲げる基礎講習を修了した者

（２）　別表第７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　適任証等の交付を受けようとする者及び適任証等の交付を受けた者で、適任証等を忘失し、滅失し、汚損し、若しくは破損したときは、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（第１９号様式）により消防長に申請しなければならない。

（適任証等の有効期間）

第２０条　適任証等の有効期間は、交付の日から起算して２年間とする。ただし、消防長が行う別表第８

に掲げる定期講習（共通）を受講した者については、更に２年間有効とし、それ以降も同様とする。

（各種講習）

第２１条　基礎講習等の課目及び時間数は別表第５又は別表第６のとおりとし、定期講習の課目及び時間数は別表第８のとおりとする。

２　基礎講習等又は定期講習（共通）を受講する者は、患者等搬送乗務員講習受講申請書（第２０号様式）により消防長に申請しなければならない。

３　基礎講習等及び定期講習（共通）を行う講師は、別表第９に掲げる者とする。

４　基礎講習等の修了考査は、別表第１０に掲げる内容とする。

（講習修了者の管理）

第２２条　消防長は、基礎講習等及び定期講習を修了した者を、患者等搬送乗務員講習修了者管理簿（第２１号様式）又は患者等搬送乗務員（車椅子専用）講習修了者管理簿（第２１号様式（２））に記載し、管理するものとする。

（その他）

第２３条　この要綱に定めるもののほか、患者等搬送事業等の認定等に必要な事項は、消防長が別に定めるものとする。

附　則

この要綱は、平成２１年８月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成２８年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成３０年５月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和元年７月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和５年８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
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歳以上の者及び次の各号のいずれかに該当する者で、かつ、消防機関から適任証の交付を受けた者をもって充てること。 (1)　別表第５に掲げる基礎講習を修了した者 (2)　別表第７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
運行体制	患者等搬送事業の運行に当たっては、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、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は、乗務員１名でも可とする。
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していること。 (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こと。 (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であること。 (5)　自動車電話、無線機等の通信又は連絡に必要な設備を有すること。
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。
積載資器材	患者等搬送用自動車には、別表第１１に掲げる資器材を積載していること。
消毒	消毒実施表（第２２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。
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。
事業案内	パンフレット等の事業内容には、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
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歳以上の者及び次の各号のいずれかに該当する者で、かつ、消防機関から適任証の交付を受けた者をもって充てること。 (1)　別表第６に掲げる基礎講習を修了した者 (2)　別表第７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
運行体制	患者等搬送事業（車椅子専用）の運行に当たっては、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ができること。
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、次の各号に掲げる要件のいずれも具備していること。 (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)　自動車電話、無線機等の通信又は連絡に必要な設備を有すること。
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など、救急自動車と紛らわしい外観を呈していないこと。
積載資器材	患者等搬送用自動車（車椅子専用）には、別表第１２に掲げる資器材を積載していること。
消毒	消毒実施表（第２２号様式）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。
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。
事業案内	パンフレット等の事業内容には、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

（患者等搬送事業用）

項　目	内　容
事業実施の基本原則	患者等搬送事業者は、患者等搬送事業の実施に当たり、次に掲げる事項を誠実に履行すること。 (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。 (2)　緊急性のない者を搬送対象とすること。 (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。
消防機関との連携	患者等搬送事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、乗務員に患者等の居る場所、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、救急自動車を要請させること。 (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する必要があると判断した場合 (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 (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
適任証の携行	乗務員を患者等搬送業務に従事させるときは、適任証を携行させること。
知識及び技術の維持管理	乗務員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患者等搬送乗務員に係る定期講習を受講させること。
消毒	１　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)　定期消毒は毎月１回以上実施すること。 (2)　使用後の消毒は、毎使用後必ず実施すること。 (3)　医師から消毒について特別な指示があった場合は、当該指示に基づいた消毒を実施すること。 ２　消毒を実施したときは、その結果を消毒実施表（第２２号様式）に記載し、患者等搬送自動車内の見やすい場所に表示すること。
安全・衛生管理	１　患者等搬送用自動車及び積載資器材は、点検整備を確実に行い、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。

別表第４（第１４条関係）

遵　守　義　務

（患者等搬送事業（車椅子専用）用）

項　目	内　容
事業実施の基本原則	患者等搬送事業者（車椅子専用）は、患者等搬送事業（車椅子専用）の実施に当たり、次に掲げる事項を誠実に履行すること。 (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。 (2)　緊急性のない者を搬送対象とすること。 (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。
消防機関との連携	患者等搬送事業者（車椅子専用）は、次の各号のいずれかに該当する場合は、乗務員（車椅子専用）に患者等の居る場所、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、救急自動車を要請させること。 (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する必要があると判断した場合 (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 (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
適任証（車椅子専用）の携行	乗務員（車椅子専用）を患者等搬送業務（車椅子専用）に従事させるときは、適任証（車椅子専用）を携行させること。
知識及び技術の維持管理	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（車椅子専用）の交付を受けた乗務員（車椅子専用）に、２年に１回以上消防機関の行う患者等搬送乗務員に係る定期講習を受講させること。
消毒	１　患者等搬送用自動車（車椅子専用）及び積載資器材の消毒は、次により行うこと。 (1)　定期消毒は毎月１回以上実施すること。 (2)　使用後の消毒は、毎使用後必ず実施すること。 (3)　医師から消毒について特別な指示があった場合は、当該指示に基づいた消毒を実施すること。 ２　消毒を実施したときは、その結果を消毒実施表（第２２号様式）に記載し患者等搬送自動車（車椅子専用）内の見やすい場所に表示すること。
安全・衛生管理	１　患者等搬送用自動車(車椅子専用)及び積載資器材は、点検整備を確実に行い、清潔保持に努めること。 ２　乗務員（車椅子専用）の服装は、患者等搬送業務（車椅子専用）にふさわしいものとし、清潔の保持に努めること。

別表第５（第１９条・第２１条関係）

基礎講習　［乗務員］

課　　目	時　間　数
総論	１
観察要領及び応急処置 （AED 及び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。

別表第６（第１９条・第２１条関係）

基礎講習　［乗務員（車椅子専用）］

課　　目	時　間　数
総論	1
観察要領及び応急処置 （AED 及び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。

別表第７（第１９条関係）

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（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
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、消防機関の行う基礎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	１及び２に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると消防長が認めた者（医師、看護師、准看護師、保健師等）

別表第８（第２０条・第２１条関係）

定期講習（共通）

課　　目	時　間　数
観察要領及び応急処置	2
体位管理要領	1
合　　計	3

＊　課目の１時間は、４５分とする。

別表第９（第２１条関係）

基礎講習等及び定期講習を行う講師

	分　　類
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	消防大学校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

別表第１０（第２１条関係）

乗務員等の修了考査実施基準

修了考査は次の内容とし、８０点以上をもって合格とする。

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

別表第１１（別表第１関係）

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。

別表第１２（別表第２関係）

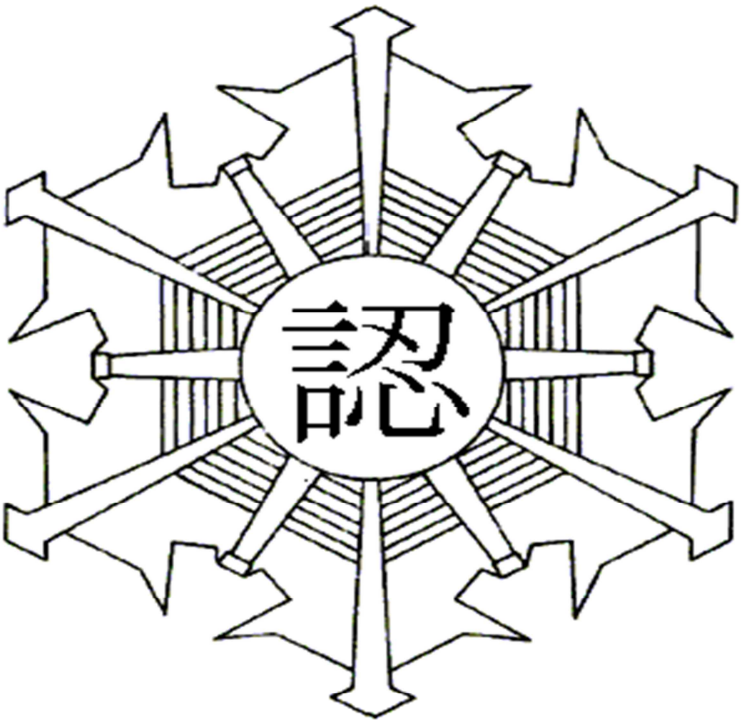
患者等搬送用自動車（車椅子専用）に積載する資器材

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。

別図１（第７条関係）

患者等搬送事業認定マーク



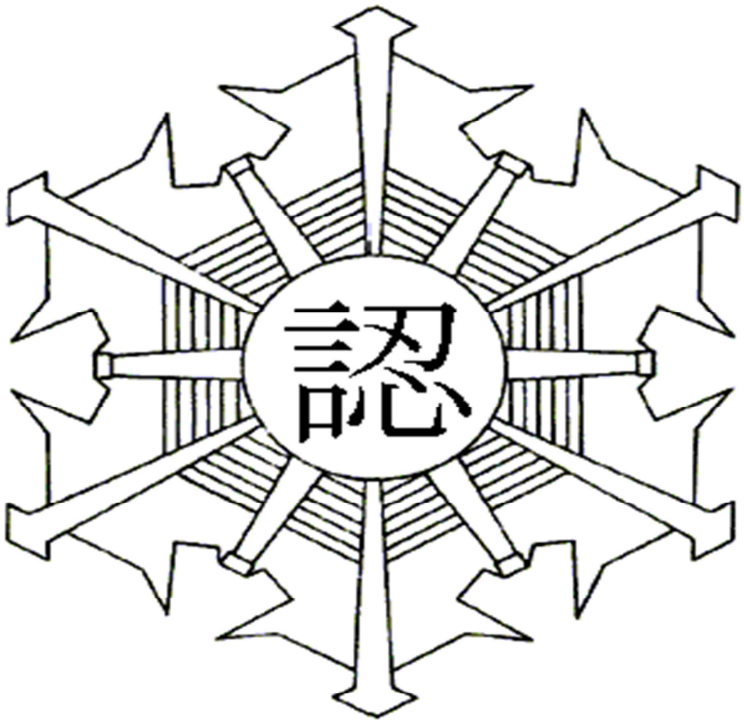
患者等搬送に適合する事業者
として認定する。

室蘭市消防本部

○　地・・・・・緑色、文字・・・・・黒色、マーク・・・・・金色
○　横２３．７㎝、縦３６　㎝

別図１（２）（第７条関係）

患者等搬送事業（車椅子専用）認定マーク



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。

室蘭市消防本部

○　地・・・・・ピンク色、文字・・・・・黒色、マーク・・・・・金色
○　横２３．７㎝、縦３６　㎝

別図２（第７条・第１８条関係）

患者等搬送用自動車認定マーク

患者等搬送用自動者認定マークは、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２（２）（第７条・第１８条関係）

患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク

患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）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

第１号様式（第５条関係）

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

年　　月　　日

（宛先）　室蘭市消防長

（申請者）
所　在　地

名　　称

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	

備考		※ 受 付	

注１　※に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。
　３　２部提出してください。

<table>
<tr><td>営業区域</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>営業時間</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>乗務員数</td><td>総数</td><td></td><td>昼</td><td></td><td>夜</td><td></td></tr>
<tr><td>制服</td><td>色</td><td colspan="2"></td><td>形式</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">年間営業実績</td><td colspan="2">病院への通入院</td><td></td><td colspan="2">老人ホームへの送迎</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">退院</td><td></td><td colspan="2">旅行</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">転院</td><td></td><td colspan="2">その他</td><td></td></tr>
<tr><td>事業案内書の有無</td><td>有・無</td><td colspan="5">有の場合は案内書を添付してください</td></tr>
<tr><td rowspan="2">特定病院との契約の有無</td><td>有・無</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">特定行政機関との契約の有無</td><td>有・無</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="3"></td><td>会員数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>使用車両台数</td><td colspan="2">患者等搬送用自動車</td><td>台</td><td>患者等搬送用自動車
（車椅子専用）</td><td>台</td></tr>
</table>

第２号様式（第５条関係）

乗　務　員　名　簿

番名	氏　　名	生　年　月　日	患者等搬送乗務員適任証 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）		
			交付機関名 適任証番号	交付年月日	備　考
		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 （　　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 （　　歳）			
		年　　月　　日 （　　歳）			

第３号様式（第５条関係）

患　者　等　搬　送　用　自　動　車　届（共　通）

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	
○枕		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　患者等搬送用自動車「※」は任意
　２　患者等搬送用自動車(車椅子専用)「○」は任意

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	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 □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	事業の許可状況		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

第　　号
年　　月　　日

様

室蘭市消防長　印

年　　月　　日付けで申請のありました次の事業については、室蘭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	

第６号様式（第７条関係）

第　　号

患者等搬送事業

認　定　証

様

室蘭市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します

１　所在地
２　名　称
３　有効期間
　　年　　月　　日から
　　年　　月　　日まで

認定　　年　　月　　日

室蘭市消防長　印

第６号様式（２）（第７条関係）

第　　号

患者等搬送事業（車椅子専用）

認　定　証

様

室蘭市消防本部が定める患者等搬送事業（車椅子専用）認定基準に適合していると認定します

１　所在地
２　名　称
３　有効期間
　　年　　月　　日から
　　年　　月　　日まで

認定　　年　　月　　日

室蘭市消防長　印

第７号様式（第８条関係）

患者等搬送事業認定簿

認定番号	管轄署	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	管轄署	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	管轄署	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	管轄署	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７号様式（２）（第８条関係）

患者等搬送事業（車椅子専用）認定簿

<table>
<tr><td>認定番号</td><td>管轄署</td><td colspan="2">事　業　所　名</td><td>管理責任者</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">所　在　地</td><td>電話番号等</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>TEL
FAX</td></tr>
<tr><td>認定年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td>認定番号</td><td>管轄署</td><td colspan="2">事　業　所　名</td><td>管理責任者</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">所　在　地</td><td>電話番号等</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>TEL
FAX</td></tr>
<tr><td>認定年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td>認定番号</td><td>管轄署</td><td colspan="2">事　業　所　名</td><td>管理責任者</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">所　在　地</td><td>電話番号等</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>TEL
FAX</td></tr>
<tr><td>認定年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td>認定番号</td><td>管轄署</td><td colspan="2">事　業　所　名</td><td>管理責任者</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">所　在　地</td><td>電話番号等</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>TEL
FAX</td></tr>
<tr><td>認定年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
</table>

第８号様式（第８条関係）

認定患者等搬送事業者台帳

<table>
<tr><td>事業所名</td><td></td><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>管理責任者
職・氏名</td><td></td><td>連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td>認定番号</td><td>第　　号</td><td rowspan="2">管轄署</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>認定年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">更新年月日</td><td colspan="2">更新年月日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="12">経過欄</td><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

第８号様式（２）（第８条関係）

認定患者等搬送事業者（車椅子専用）台帳

<table>
<tr><td>事業所名</td><td></td><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>管理責任者
職・氏名</td><td></td><td>連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td>認定番号</td><td>第　　号</td><td rowspan="2">管轄署</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>認定年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">更新年月日</td><td colspan="2">更新年月日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="12">経過欄</td><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

第９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

第　　号
年　　月　　日

様

室蘭市消防長　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、室蘭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	

教示　この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３月以内に、室蘭市長に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受け取った日（前記の審査請求をした場合には、当該審査請求に係る決定の送達を受けた日）の翌日から起算して６月以内に、室蘭市を被告として（室蘭市長が被告の代表者となります。）提起することができます。

第１０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

（宛先）　室蘭市消防長

（申請者）
所　在　地

名　　称

代表者氏名

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　患者等搬送事業認定証 ２　患者等搬送事業認定マーク ３　患者等搬送用自動車認定マーク ４　患者等搬送事業(車椅子専用)認定証 ５　患者等搬送事業(車椅子専用)認定マーク ６　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、該当するものの番号に〇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１１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

(宛先)　室蘭市消防長

(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) 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、該当する番号を〇で囲んでください。
　２　※印の欄は、記入しないでください。

第１２号様式（第１４条関係）

患者等搬送事案処理票

整理番号

受付日時	年　月　日　時　分				受付者	
紹介者	なし・サポート救急・医療機関（　　）・その他（　　）					
要請者	氏　名		病院名 施設名			
	電話番号		担当者 部　署			
目　的	転院・通院・入院・退院・その他（　　）					
患　者	氏名		年齢	歳	性別	男性・女性
搬送様式等	ストレッチャー・車椅子・その他（　　）					

搬送内容	出発地	日　時	（予約）　月　日　時　分出発		
		名　称 所　在 電話番号			
		指定場所等	階　号室・ナースセンター・その他 （　　）		
	同乗者	医師・看護師・家族・その他（　　）　計　名			
	搬送先	日　時	（予約）　月　日　時　分到着		
		名　称 所　在 電話番号			
		指定場所等	階　号室・ナースセンター・その他 （　　）		
活動概要		時　分	内　容	扱い者	
救急要請	有・無	救急隊名			
備　考					

注　１　記入できない箇所は、記入しないものとする。

　　２　記入箇所が不足する場合は、資料を添付するものとする。

第１３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)事故発生等報告書

年　　月　　日

（宛先）　室蘭市消防長

（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)にかかる事故等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	
発生年月日	
区分	１　患者等搬送事業等の遂行にあたり、重大な事故を発生させた場合 ２　患者等を搬送中に容態変化があり、応急処置を実施した場合 ３　患者等を搬送中に容態変化があり、救急要請した場合
乗務員氏名	

発 生 状 況	
活 動 概 要	
※　摘　要	

注　※印の欄は、記入しないで下さい。

第１４号様式（第１５条関係）

患者等搬送事案報告書（　　月分）

年　　月　　日

（宛先）　室蘭市消防長

（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）の　　月分の搬送に係る事項について次のとおり報告します。

使用目的	通院	入院	退院	転院	その他	合計
月の件数						
年度の累積件数						

要請種別	一般	サポート救急	医療機関	その他
月の件数				

搬送先	管内	管外
月の件数		
備　　考		
※受付欄		※摘要

注　※印の欄は、記入しないで下さい。

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)休止届出書

年　　月　　日

（宛先）　室蘭市消防長

（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、該当する番号を〇で囲んでください。
　２　※印の欄は、記入しないで下さい。

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）変更届出書

年　　月　　日

（宛先）　室蘭市消防長

（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、記入しないで下さい。

第１７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

第　　号
年　　月　　日

様

室蘭市消防長　印

次の事業所については、室蘭市消防本部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	

教示　この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３月以内に、室蘭市長に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受け取った日（前記の審査請求をした場合には、当該審査請求に係る決定の送達を受けた日）の翌日から起算して６月以内に、室蘭市を被告として（室蘭市長が被告の代表者となります。）提起することができます。

第１８号様式（第１９条関係）

患者等搬送乗務員適任証

表　紙

（裏）　　（表）

※　患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること。	第　　号 認 患者等搬送乗務員 適　任　証 室　蘭　市　消　防　本　部

注１　　地色は水色とし、文字は黒色とする。
注２　　大きさは、縦７０ｍｍ、横２００ｍｍとする。

内　側　（第１面）　　（第２面）

	再　講　習　受　講　欄			
写　真 押印スタンプ 室蘭市消防本部 （ふりがな） 氏　名 年　月　日　生 本籍地 都道府県 年　月　日交付 上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する。 室蘭市消防長	年　月　日	実施本部	年　月　日	実施本部

注　写真は縦４０ｍｍ、横３０㎜とし、顔全体が写っていることとする。

第１８号様式（２）（第１９条関係）

患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証

表　紙

（裏）　　（表）

（裏）	（表）
※　患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること。	第　　号 認 患者等搬送乗務員 適　任　証 （車椅子専用） 室　蘭　市　消　防　本　部

注１　　地色はピンク色とし、文字は黒色とする。
注２　　大きさは、縦７０ｍｍ、横２００ｍｍとする。

内　側（第１面）　　（第２面）

（第１面）	（第２面）
写　真 （ふりがな） 氏　名 年　月　日　生 本籍地 都道府県 年　月　日交付 押印スタンプ 室蘭市消防本部 上記の者は、患者等搬送乗務員（車椅子専用）に適することを証する 室 蘭 市 消 防 長	再　講　習　受　講　欄

年　月　日	実施本部	年　月　日	実施本部

注　写真は縦４０ｍｍ、横３０㎜とし、顔全体が写っていることとする。

第１９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

（宛先）　室蘭市消防長

（申請者）

住　所

氏　名

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）
本　　籍	都･道･府･県	
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　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　写真（６ヶ月以内撮影、正面、上半身、脱帽、縦３㎝×横2.5㎝）を２枚添付して下さい。

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　再交付申請で汚損及び破損の場合は、当該適任証を添付してください。

第２０号様式（第２１条関係）

患者等搬送乗務員講習受講申請書

年　　月　　日

（宛先）　室蘭市消防長

（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	年　　月　　日生
住　　所	電話　　（　　）
勤　務　先	（名称）
	（所在地） 電話　　（　　）
受講希望日	年　　月　　日

※受付欄		※経過欄	

注　※印欄は記入しないでください。

２１号様式（第２２条関係）

患者等搬送乗務員講習修了者管理簿

<table>
<tr><td colspan="2">ふ り が な</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名
生　年　月　日</td><td colspan="3">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="3">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">勤　務　先</td><td colspan="3">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">認 定 区 分 欄</td><td colspan="3">・第１９条第１項（１）＜基礎講習修了者＞
・第１９条第１項（２）＜救急救命士・救急課程・日赤・その他＞</td></tr>
<tr><td colspan="2">認　定　番　号</td><td>第　　号</td><td>交付年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="8">定期（再）講習受講経過記録欄</td><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

第２１号様式（２）（第２２条関係）

患者等搬送乗務員（車椅子専用）講習修了者管理簿

<table>
<tr><td colspan="2">ふ り が な</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名
生　年　月　日</td><td colspan="3">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="3">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">勤　務　先</td><td colspan="3">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">認 定 区 分 欄</td><td colspan="3">・第１９条第１項（１）＜基礎講習（車椅子専用）修了者＞
・第１９条第１項（２）＜救急救命士・救急課程・日赤・その他＞</td></tr>
<tr><td colspan="2">認　定　番　号</td><td>第　　号</td><td>交付年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="8">定期（再）講習受講経過記録欄</td><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td><td colspan="2">（受講場所）
（受講年月日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

第２２号様式（別表第１―第４関係）

消　毒　実　施　表

実施年月日	使用薬品名	実施者名	適　　要