

総社市消防告示第2号

患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱を次のとおり定める。

平成26年9月1日

総社市消防長 佐田 明

患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱

(目的)

第1条 この要綱は、総社市消防本部管轄区域内（以下「管轄区域内」という。）で民間による患者等の搬送事業を行う者に対し、必要な指導を行うとともに、一定の基準に適合する患者等の搬送事業者の認定を行うことにより、患者等の生命及び身体の安全を図ることを目的とする。

(用語の定義)

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、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 患者等 寝たきり老人、身体障がい者及び傷病者等をいう。
- (2) 患者等搬送事業 患者等を搬送するために必要な構造及び設備を備えた専用自動車（以下「患者等搬送用自動車」という。）を使用し、患者等の搬送を実施する事業をいう。
- (3) 患者等搬送事業者 患者等搬送事業を行う事業所の代表者又は管理責任者をいう。
- (4) 乗務員 患者等搬送用自動車に乗務し、患者等搬送の業務に従事する者をいう。

(指導)

第3条 消防長は、管轄区域内の患者等搬送事業者に対し、別表第1の指導基準により患者等の搬送業務が適正に行われるよう必要な指導を行うものとする。

(講習)

第4条 消防長は、乗務員に対し、患者等搬送業務に必要な知識及び技術を習得させるため、次に掲げる講習を実施するものとし、そのカリキュラム等にあつては、別表第2のとおりとする。

- (1) 患者等搬送乗務員基礎講習
- (2) 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）
- (3) 患者等搬送乗務員定期講習

2 前項各号に定める講習を受講する者は、講習受講申請書（様式第1号）により消防長に申請しなければならない。

(適任証の交付)

第5条 消防長は、次の各号のいずれかに該当する者に対して、患者等搬送乗務員適任証（以下「適任証」という。）（様式第2号又は第2号の2）を交付するものとする。

- (1) 患者等搬送乗務員基礎講習又は患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）を修了した者
- (2) 別表第3に掲げる前号と同等以上の知識及び技術を有する者で、特例認定申請書（様式第3号）により申請した者

2 適任証の有効期限は、交付の日から起算して2年間とする。ただし、前条に規定する患者等搬送乗務員定期講習を受け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。

3 消防長は、前条の講習を修了した者を講習修了者管理簿（様式第4号又は様式第4号の2）に記載し、管理するものとする。

(適任証の再交付)

第6条 消防長は、適任証を亡失し、滅失し、汚損し、又は破損した等の理由により、適任証の交付を受けた者から適任証再交付申請書（様式第5号）による申請があったときは、再交付することができる。

(認定)

第7条 消防長は、別表第4に定める認定基準に適合する患者等搬送事業者を、患者等の搬送に適する事業者として認定することができるものとする。

(認定の申請)

第8条 患者等搬送事業者は、認定又は更新を行おうとするときは、次の各号に掲げる書類等を2部消防長に提出しなければならない。

- (1) 患者等搬送事業者認定（更新）申請書（様式第6号）

- (2) 乗務員名簿（様式第7号）
- (3) 患者等搬送用自動車届（共通）（様式第8号）
- (4) 患者等搬送自動車の自動車検査証の写し
- (5) 別表第4の8の事業許可に係る国土交通大臣の許可証若しくは免許状又は自家用有償旅客運送の登録に係る国土交通大臣の登録証の写し
（認定の審査）

第9条 消防長は、前条の申請があったときは、認定審査基準表（様式第9号）により審査を行い認定の可否を決定し、その結果を認定（否認）結果通知書（様式第10号）により申請者に通知するものとする。

（認定証等の交付）

第10条 消防長は、前条の規定に基づき認定した患者等搬送事業者（以下「認定事業者」という。）に、認定証（様式第11号又は様式第11号の2）、患者等搬送事業者認定マーク（別図1又は別図1の2）及び患者等搬送用自動車認定マーク（別図2又は別図2の2）（以下「認定証等」という。）を交付するものとする。

2 認定証の有効期間は、交付の日から起算して5年間とする。

3 認定証の更新の申請期間は、認定の期間が満了する日の1箇月前から満了する日までの間とする。

4 消防長は、認定事業者について、患者等搬送事業認定簿（様式第12号又は様式第12号の2）及び患者等搬送事業者台帳（様式第13号又は様式第13号の2）に記載し管理するものとする。

（認定証等の再交付）

第11条 消防長は、認定証等を亡失し、滅失し、汚損し又は破損した等の理由により、認定事業者から認定証等再交付申請書（様式第14号）による申請があったときは、再交付することができる。

（報告及び届出）

第12条 認定事業者は、患者等搬送事業の遂行にあたって事故が発生したときは、事故発生報告書（様式第15号）により速やかに消防長に報告しなければならない。

2 認定事業者は、患者等搬送事業の全部又は一部を休止したときは、休止届出書（様式第16号）により消防長に届け出なければならない。

3 認定事業者は、患者等搬送事業の全部又は一部を変更したときは、変更届出書（様式第17号）により消防長に届け出なければならない。

（認定の取消し）

第13条 消防長は、次の各号のいずれかに該当するときは、認定事業者に対して認定を取り消すことができる。

(1) この要綱に違反し、かつ、是正を指導しても改善しないとき。

(2) 患者等搬送事業の遂行にあたり、重大な事故を発生させたとき。

(3) その他認定を継続することが不相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、認定取消通知書（様式第18号）により認定事業者に通知するものとする。

（認定の失効）

第14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。

2 認定事業者は、前項の規定に基づき認定が失効したときは、認定失効届出書（様式第19号）により消防長に届け出なければならない。

（認定証等の返納）

第15条 認定事業者は、第13条第1項の規定により認定を取り消されたとき又は前条第1項の規定により認定の効力を失ったときは、認定証等を消防長に返納しなければならない。

（認定事業者の調査）

第16条 消防長は、認定事業者に対し、年1回以上、第3条に定める指導基準及び第9条に定める認定審査基準表における認定要件の履行状況について調査するものとする。

2 消防長は、前項の規定による調査結果から不適事項が認められたときは、指導基準及び認定基準に適合するよう指導するものとする。

（その他）

第17条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、消防長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

別表第1(第3条関係)
患者等搬送事業指導基準

1 共通事項

項目	内容
1 基本原則	(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) 生命に危険があり症状が悪化すると認められ緊急に医療機関その他の場所に搬送しなければならぬ患者等は搬送の対象としないこと。 (3) 搬送する患者等の症状の悪化防止に万全の配慮を行い搬送途上において症状が悪化し緊急やむを得ない場合は必要最小限度の応急手当を行うこと。 (4) 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 消防機関への通報	次の一に該当する場合は、患者等のある場所、症状、既往症、及び掛かりつけの医療機関等を消防機関へ通報し、救急隊を要請すること。 (1) 患者等からの搬送依頼時において、依頼内容及び症状等の聴取結果から緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合。なお、この場合においては併せて乗務員を派遣すること。 (2) 患者等のある場所への到着時において、症状等から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、症状等から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 定期講習	乗務員の応急手当技能を適切に管理するため、適任証の交付を受けた乗務員に2年に1回以上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	(1) 患者等搬送用自動車及び積載資器材は、次により消毒を行うこと。 ア 定期消毒 毎月1回以上 イ 使用后消毒 毎使用后 ウ 消毒の実施要領は別表第5によること。 ただし、医師等から消毒について特別の指示があった場合は、指示に基づいた消毒を行うこと。 (2) 定期消毒を行ったときは、その旨を消毒実施記録票(様式第20号)に記入し、患者等搬送用自動車の見やすい場所に表示すること。
6 衛生・安全管理	(1) 患者等搬送用自動車及び積載資器材は、清潔保持に努めるとともに、点検整備を確実にし、機能の適正保持に努めること。 (2) 搬送業務中は、患者等及び同乗者に安全ベルトを着装させるなど安全搬送のための措置を講ずること。 (3) 乗務員の服装は、患者等搬送業務を行うのにふさわしいものとし、清潔保持に努めること。
7 事業案内	パンフレット等の事業案内には、消防機関の行う救急業務と同レベルの活動ができる業務、又は直接に関連する業務であると誤解を招く表現はさけること。
8 車両表示	患者等搬送用自動車には別表第6の表示方法により民間患者等搬送車等の表示を行うこと。

2 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指導基準

項目	内容
1 乗務員の要件	患者等搬送用自動車の乗務員は、満18才以上の者で、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) 別表第2の患者等搬送乗務員基礎講習を修了し、適任証の交付を受けた者 (2) 特例認定者として適任証の交付を受けた者
2 適任証の携行	搬送業務に従事するときは、乗務員に適任証を携帯させること。
3 運行体制	搬送業務は、患者等搬送用自動車1台につき原則として2名以上の乗務員をもって行わせること。ただし、退院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。
4 患者等搬送用自動車の要件	患者等搬送用自動車は、次に掲げる構造及び設備を有するものであること。 (1) 患者等搬送に適した緩衝装置 (2) 患者等搬送に適した換気及び冷暖房の装置 (3) 乗務員が業務を行うために必要なスペースにストレッチャーが1台以上収容でき、かつ乗務員が業務を実施するために必要な容積を有し、室内の高さは、業務を行うのに支障のないものであること。 (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装置 (5) 携帯電話又は無線機等の通信機器、連絡に必要な設備

5 積載資器材	患者等搬送用自動車には、別表第7の患者等搬送用自動車に積載する資器材に掲げる患者等の応急手当に必要な救急資器材を備えること。
---------	--

3 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業指導基準

項目	内容
1 乗務員の要件	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。）の乗務員は、満18才以上の者で、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) 別表第2の患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）を修了し、適任証の交付を受けた者 (2) 特例認定者として適任証の交付を受けた者
2 適任証の携行	搬送業務に従事するときは、乗務員に適任証（車椅子専用）を携帯させること。
3 運行体制	搬送業務は、車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車1台につき1名以上の乗務員（車椅子専用）をもって行わせること。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。
4 患者等搬送用自動車の要件	患者等搬送用自動車（車椅子専用）は、次に掲げる構造及び設備を有するものであること。 (1) 患者等搬送に適した緩衝装置 (2) 患者等搬送に適した換気及び冷暖房の装置 (3) 乗務員が業務を行うために必要なスペースに車椅子が1台以上収容でき、かつ乗務員が業務を実施するために必要な容積を有し、室内の高さは、業務を行うのに支障のないものであること。 (4) 車椅子を使用したまま確実に固定できる装置 (5) 車椅子の乗降を容易にするための装置 (6) 携帯電話又は無線機等の通信機器、連絡に必要な設備
5 積載資器材	患者等搬送用自動車には、別表第7の患者等搬送用自動車に積載する資器材に掲げる患者等の応急手当に必要な救急資器材を備えること。

別表第2(第4条関係)

1 患者等搬送乗務員基礎講習

1 基礎講習カリキュラム			
講習科目		時間(1単位は45分, 合計24単位)	
(1) 総論		1単位	
(2) 観察要領及び応急処置		13単位	
(3) 体位管理要領		2単位	
(4) 消防機関との連携要領		2単位	
(5) 車両資器材の消毒及び感染防止要領		2単位	
(6) 搬送法		2単位	
(7) 修了考査		2単位	
2 合否の判定			
考査科目		配点	合格点
(1) 実技	観察要領	20点	16点以上
	応急処置	40点	32点以上
(2) 筆記	総論・消防機関との連携要領	20点	16点以上
	車両資器材の消毒及び感染防止要領	20点	16点以上
3 講師			
次の各号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年以上の実務経験及び応急手当指導員の資格を有した者で消防長が適任と認めた者			
(2) 救急救命士の資格を有する者で, 消防長が適任と認めた者			
(3) 消防大学の救急科課程を修了した者で, 消防長が適任と認めた者			
4 その他			
(1) 講習の受講資格は, 18歳以上とする。			
(2) 各考査科目において合格点に満たない者は, 再講習を行うものとする。			
(3) 講習資料は, 消防長が別途定める。			

2 患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用)

1 基礎講習カリキュラム			
講習科目		時間(1単位は45分, 合計16単位)	
(1) 総論		1単位	
(2) 観察要領及び応急処置		9単位	
(3) 体位管理要領		1単位	
(4) 消防機関との連携要領		2単位	
(5) 車両資器材の消毒及び感染防止要領		1単位	
(6) 搬送法		1単位	
(7) 修了考査		1単位	
2 合否の判定			
考査科目		配点	合格点
(1) 実技	観察要領	20点	16点以上
	応急処置	40点	32点以上

(2) 筆記	総論・消防機関との連携要領	20点	16点以上
	車両資器材の消毒及び感染防止要領	20点	16点以上
3 講師 次の各号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年以上の実務経験及び応急手当指導員の資格を有した者で消防長が適任と認めた者 (2) 救急救命士の資格を有する者で、消防長が適任と認めた者 (3) 消防大学校の救急科課程を修了した者で、消防長が適任と認めた者			
4 その他 (1) 講習の受講資格は、18歳以上とする。 (2) 各考查科目において合格点に満たない者は、再講習を行うものとする。 (3) 講習資料は、消防長が別途定める。			

3 患者等搬送乗務員定期講習

1 定期講習カリキュラム	
講習科目	時間 (1単位は45分, 合計4単位)
(1) 総論・消防機関との連携要領	1単位
(2) 観察要領・体位管理・応急処置	3単位
2 講師 次の各号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年以上の実務経験及び応急手当指導員の資格を有した者で消防長が適任と認めた者 (2) 救急救命士の資格を有する者で、消防長が適任と認めた者 (3) 消防大学校の救急科課程を修了した者で、消防長が適任と認めた者	
3 その他 講習資料は、消防長が別途定める。	

別表第3（第5条関係）

消防機関の行う患者等搬送乗務員基礎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もの ただし、患者等搬送乗務員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	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

別表第4(第7条関係)

認定基準

- 1 乗務員は満18歳以上の者で、適任証の交付を受けているものであること。
- 2 患者等搬送用自動車は、次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) 乗務員が業務を行う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確実に固定できる構造であること。ただし、車椅子専用の患者等搬送用自動車にあつては車椅子のみを確実に固定できる構造であること。
 - (5) 携帯電話又は無線機等の通信機器、連絡に必要な機器を設置しているものであること。
- 3 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。
- 4 患者等搬送用自動車には、患者等搬送用自動車である旨の表示がされていること。
- 5 患者等搬送用自動車には、応急手当に必要な資器材等を備えていること。
- 6 消毒実施記録票が、患者等搬送用自動車内の見やすい場所に表示されていること。
- 7 乗務員の服装は、患者等搬送業務にふさわしいもので、清潔さが保たれていること。
- 8 認定対象となる患者等搬送事業者は、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

別表第5 (第3条関係)

消毒の実施要領

1 消毒の区分及び使用上の注意

区分	薬品	適用(濃度)等	使用上の注意
薬剤消毒	塩化ベンザルコニウム	1 手指・皮膚……0.05～0.1% 2 器具類………0.1% 3 消毒液の作り方 濃度 0.1%の消毒液1ℓを作成する場合 原液(10%)10 mlに水 990 mlを加える。	1 結核菌に対しては、有効でない。 2 石鹼類では殺菌効果を弱めるので、クレゾール石鹼液との併用は避ける。 3 血清、汚物等の存在下では著しく効果が減少するので器具等に付着している場合は、十分に洗い落としてから使用すること。 4 合成ゴム製品、合成樹脂製品等への使用は避けることが望ましい。
	クレゾール石鹼液	1 手指・皮膚……0.05～1% 2 器具類………0.5～1% 3 排泄物………1.5% 4 消毒液の作り方 (1) 濃度 1%の消毒液 1ℓを作成する場合 原液(50%)20 mlに水 980 mlを加える。 (2) 濃度 1.5%の消毒液 1ℓを作成する場合 原液(50%)30 mlに水 970 mlを加える。	1 濃厚液が皮膚に付着した場合には、直ちに拭き取り石鹼水と水でよく洗い落とす。 2 浄水で希釈すると次第に混濁して沈殿することがあるので、このような場合には上澄み液を使用する。 3 ウイルスに対しては有効でない。
	消毒用エタノール	1 手指・皮膚 2 器具類 ※使用するときは、必要な量だけ取り出し、原液の濃度をできるだけ変化させない。	1 希釈しないで使用する。 2 広範囲若しくは長期間使用する場合には、蒸気の吸入に注意すること。 3 血清、膿汁等の蛋白質を凝固させ、内部にまで浸透しないことがあるので、これらが付着している器具等に用いる場合には、十分に洗い落としてから使用すること。 4 手指、皮膚に使用する場合には、脱脂等による皮膚荒れを起こすことがある。 5 合成ゴム製品、合成樹脂製品等の器具は長時間浸漬しないこと。
薬剤消毒	次亜塩素酸ナトリウム	1 手指・皮膚……0.01～0.05% 2 器具類………0.02～0.05% 3 排泄物………0.1～1% 4 HB ウイルス等 (1) 汚染………1% (2) 汚染(疑)……0.1～0.5% 5 消毒液の作り方 (1) 濃度 1%の消毒液 1ℓを作成する場合 原液(6%)167 mlに水 833 mlを加える。 (2) 濃度 0.5%の消毒液 1ℓを作成する場合 原液(6%)83 mlに水 917 mlを加える。 (3) 濃度 0.05%の消毒液 1ℓを作成する場合 原液(6%)8 mlに水 992 mlを加える。	1 血清、膿汁等は殺菌作用を減弱させるので、これらが付着している器具類に用いる場合には、十分に洗い流してから使用すること。 2 金属を腐食させるので、器具等に使用する場合には注意すること。 3 濃厚液が皮膚に付着した場合には、直ちに拭き取り石鹼水と水でよく洗い流すこと。 4 結核菌に対しては、有効でない。
その他の消毒	焼却	法定伝染病等の病原体により汚染された物件、器具等で消毒後再び供用する目的のないもの又は、消毒費用に比較して安価なものは、焼却することが望ましい。	
	日光消毒	衣類、毛布、敷物等で上記の消毒法を実施できない場合は、薬剤消毒と併用して直射日光で消毒する。	

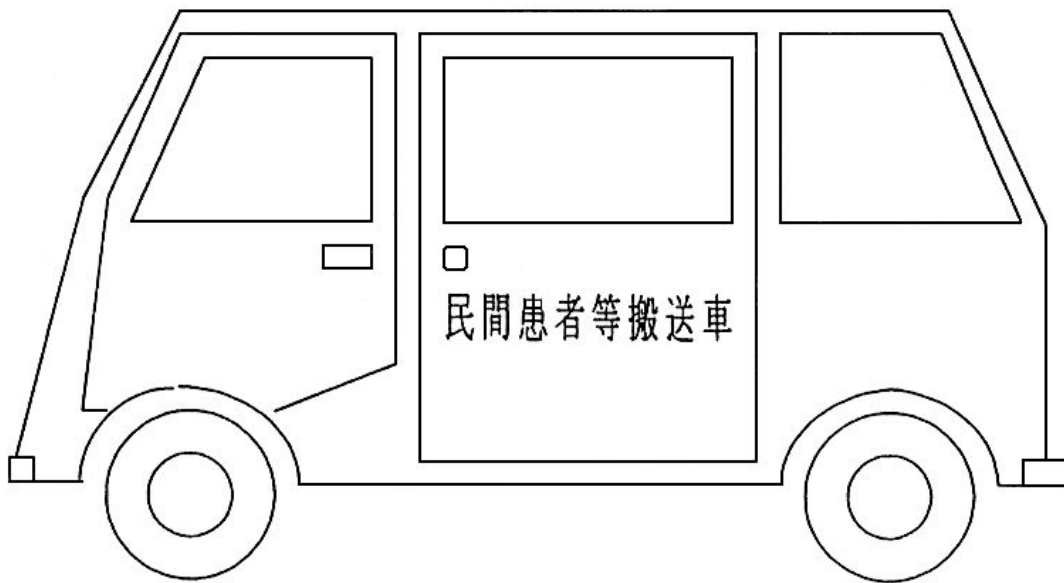
2 消毒の実施要領

区 分	血液, 嘔吐等体液による汚染を受けた場合	左記以外の汚染の場合
資器材	1 消毒剤による清拭 2 流水による洗浄 3 消毒, 滅菌	1 流水による洗浄 2 消毒, 滅菌
車内	1 消毒剤による清拭, 噴霧消毒 2 流水による洗浄	1 流水による洗浄 2 消毒剤による清拭
その他	1 車内で, 水漏れを避けなければならない場所は, 消毒剤による清拭を行うものとする。 2 消毒実施時は, ディスポーザブルのビニール手袋などを着用する。	

別表第6(第3条関係)

患者等搬送用自動車の表示方法

- 1 文字は、塗装又はカッティングシール等による横書きとし、自動車の両側面及び後面に行うものとする。
- 2 表示する文字は、「民間患者等搬送車」とし、文字の大きさは、縦横5cm以上とする。ただし、国土交通省で定める患者等輸送車における表示がある場合は、この限りでない。
- 3 患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面の見やすい位置とする。



別表第7(第3条関係)
患者等搬送用自動車積載資器材表

項 目	資 器 材 名
呼吸管理用資器材	バックバルブマスク ※1 ポケットマスク
保温用等資器材	敷物 ※1 保温用毛布 担架 枕 ※1
創傷等保護用資器材	三角巾 ガーゼ 包帯 タオル 絆創膏
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 ※1 手袋 ティッシュペーパー 手洗い用具 膿盆 汚物入れ 体温計 その他必要と認める物 AED ※2

1 患者等搬送用自動車(車椅子専用)の場合、※1に示す資器材は任意とする。

2 AED※2については、全ての搬送者において任意とする。

様式第1号(第4条関係)

<h2 style="margin: 0;">講習受講申請書</h2>			
総社市消防長 様		年 月 日	
(申請者)			
住 所			
氏 名			
印			
講習区分	<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) <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員定期講習		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> 写真 横2.5cm × 縦3.0cm </div>	(ふりがな) 氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	電話()	
勤務先	名 称		
	所在地	電話()	
備 考			※ 受 付 欄


- 注1 写真2枚(申請日の6箇月以内に撮影した上半身像(縦3センチメートル・横2.5センチメートル,無帽,無背景)とし裏面に氏名及び年齢を記入したもの)
 1枚は申請書にのりづけ,他の1枚は添付してください。
- 2 定期講習受講者は,適任証を提示すること。(写真は不要)
- 3 ※印欄は,記入しないこと。

様式第2号（第5条関係）

患者等搬送乗務員適任証

表紙（裏）

（表）

折りしろ	 患者等搬送乗務員 適任証 総社市消防本部
------	--

17.0cm

5.5cm

※ 地色は水色とし、文字は黒色とする。

内側（第1面）

（第2面）

<p style="text-align: center;">第 号</p> <p>写真 横2.5cm × 縦3.0cm 押出印</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日生</p> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">総社市消防長</p>	<p style="text-align: center;">再講習受講</p> <table border="1"><thead><tr><th>受講年月日</th><th>講習実施機関</th><th>印</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <p>注 患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること。</p>	受講年月日	講習実施機関	印												
受講年月日	講習実施機関	印														

様式第2号の2 (第5条関係)

患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証

表紙(裏)

(表)

折りしろ	 患者等搬送乗務員 (車椅子専用) 適任証 総社市消防本部
------	---

17.0cm

5.5cm

※ 地色は水色とし、文字は黒色とする。

内側(第1面)

(第2面)

<p style="text-align: center;">第 号</p> <p>氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日生</p> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員(車椅子専用)に適することを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">総社市消防長</p>	<p style="text-align: center;">再講習受講</p> <table border="1"><thead><tr><th>受講年月日</th><th>講習実施機関</th><th>印</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <p>注 患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること。</p>	受講年月日	講習実施機関	印															
受講年月日	講習実施機関	印																	

写真
横2.5cm
×
縦3.0cm
押出印

交付日 _____

<h2 style="margin: 0;">特例認定申請書</h2> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;">年 月 日</p> <p style="text-align: left; margin: 0;">総社市消防長 様</p>		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 80px; margin: auto;"> <p style="margin: 0;">写真</p> <p style="margin: 0;">横2.5cm × 縦3.0cm</p> </div>	ふりがな 氏 名	
	住 所 電 話	〒 — 電話 ()
勤 務 先	名 称	
	所 在 電 話	〒 — 電話 ()
資格名取得日	資格 / 年 月 日取得	
備考		※受付欄

- 注1 写真2枚（申請日の6箇月以内に撮影した上半身像（縦3センチメートル・横2.5センチメートル，無帽，無背景）とし裏面に氏名及び年齢を記入したもの）1枚は申請書にのりづけ，他の1枚は添付してください。
- 2 第5条第1項第2号の特例適任者であることを証明する書類の写しを添付してください。
- 3 ※欄には，記入しないでください。

様式第4号（第5条関係）

患者等搬送乗務員講習修了者管理簿

(ふりがな) 氏 名				
生年月日		年 月 日		
自宅住所		電話 ()		
勤 務 先		名称		
		住所 電話 ()		
認 定 区 分		<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習修了者 <input type="checkbox"/> 救急救命士，救急課程，日赤，その他		
認 定 番 号		第 号	交付年月日	年 月 日
定期講習受講経過記録簿	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
備 考				

様式第4号の2 (第5条関係)

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		年 月 日生		
自宅住所		電話 ()		
勤 務 先		名称		
		住所 電話 ()		
認 定 区 分		<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習(車椅子専用)修了者 <input type="checkbox"/> 救急救命士, 救急課程, 日赤, その他		
認 定 番 号		第 号	交付年月日	年 月 日
定期講習受講経過記録簿	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
	受講場所 受講年月日		受講場所 受講年月日	
備 考				

<h2 style="margin: 0;">適任証再交付申請書</h2> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: left; margin-top: 20px;">総社市消防長 様</p>		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: 80px; margin: 0 auto;"> <p style="margin: 0;">写真</p> <p style="margin: 0;">横2.5cm × 縦3.0cm</p> </div>	ふりがな 氏 名	
	住 所 電 話	〒 — 電話 ()
勤 務 先	名 称	
	所在地 電 話	〒 — 電話 ()
再交付申請 理 由		
適 任 証	交付番号 号	交付日 年 月 日交付
備 考		※受付欄

- 注1 写真2枚（申請日の6箇月以内に撮影した上半身像（縦3センチメートル・横2.5センチメートル，無帽，無背景）とし裏面に氏名及び年齢を記入したもの）1枚は申請書にのりづけ，他の1枚は添付してください。
- 2 患者等搬送乗務員適任証の交付番号及び交付年月日を記入してください。
- 3 ※欄には，記入しないでください。

患者等搬送事業者認定（更新）申請書

年 月 日

総社市消防長 様

（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			
申請事業内容	<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		
定款に定める事業内容			
備考		※ 受 付	

注 ※欄には、記入しないでください。

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数	台	患者等搬送用自動車 (車椅子専用)	台	台	

様式第7号（第8条関係）

乗 務 員 名 簿

番号	氏 名	生 年 月 日 性別	<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）	
			交付機関名 適任証番号	交付年月
1		年 月 日 男・女	第 号	
2		年 月 日 男・女	第 号	
3		年 月 日 男・女	第 号	
4		年 月 日 男・女	第 号	
5		年 月 日 男・女	第 号	
6		年 月 日 男・女	第 号	
7		年 月 日 男・女	第 号	
8		年 月 日 男・女	第 号	
9		年 月 日 男・女	第 号	
10		年 月 日 男・女	第 号	
11		年 月 日 男・女	第 号	

様式第8号（第8条関係）

患者等搬送用自動車届（共通）

種 別	<input type="checkbox"/> 寝台車		<input type="checkbox"/> 寝台・車椅子専用車		<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		c m			
	幅		c m			
	高さ		c m			
換気装置	有・無		冷房装置		有・無	
暖房装置	有・無		通信装置		携帯電話・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	c m	幅	c m	高さ	c m
消毒表示の位置						
積 載 資 器 材						
品 名	数 量	品 名	数 量	品 名	数 量	
○バッグバルブマスク		ガーゼ		マスク		
ポケットマスク		包帯		○ピンセット		
○敷物		タオル		手袋		
保温用毛布		ばんそうこう		膿盆汚物入れ		
担架		噴霧消毒器		体温計		
○枕		消毒薬		※○自動体外式除細動器		
三角巾		はさみ				

注1 種別及び車両への収容方法の欄は、該当するものにチェックしてください。

2 積載資器材に掲げる品名のうち※は、患者等搬送用自動車では任意の積載となります。

3 積載資器材に掲げる品名のうち○は、患者等搬送用自動車（車椅子専用）では任意の積載となります。

車両写真添付

(前 面)

(後 面)

(右側面)

(左側面)

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			

認定（否認定）結果通知書

消警第 号

年 月 日

様

総社市消防長 印

年 月 日付けで申請のあったことについて、次のとおり 認定する。

認定しない。

事業区分	<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
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
否認定理由	

第 号

認 定 証

様

総社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ことを認定します

年 月 日

総社市消防長

第 号

認 定 証

様

総社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ことを認定
します

年 月 日

総社市消防長

別図1（第10条関係）

患者等搬送事業者認定マーク



患者等搬送に適合する事業者として
認定する。

認定 年 月 日

総社市消防本部

注1 地色は緑色，文字は黒色，マークは金色，マークの直径は17.5cmとする。

2 大きさ たて36cm よこ23.7cm

別図1の2（第10条関係）

患者等搬送事業者（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。

認定 年 月 日

総社市消防本部

注1 地色はピンク色，文字は黒色，マークは金色，マークの直径は17.5cmとする。

2 大きさ たて36cm よこ23.7cm

別図2（第10条関係）

患者等搬送用自動車認定マーク



注1 地色は緑色，文字は黒色，マークは金色とする。

2 大きさ 直径9cm

3 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。

別図2の2（第10条関係）

患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク



注1 地色はピンク色，文字は黒色，マークは金色とする。

2 大きさ 直径9cm

3 患者等搬送用自動車（車椅子専用）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。

様式第12号 (第10条関係)

患者等搬送事業認定簿

認定 番号	事業所名	
	所在地	
	管理者名	
	連絡先等	
	認定日	年 月 日
認定 番号	事業所名	
	所在地	
	管理者名	
	連絡先等	
	認定日	年 月 日
認定 番号	事業所名	
	所在地	
	管理者名	
	連絡先等	
	認定日	年 月 日

様式第12号の2（第10条関係）

患者等搬送事業（車椅子専用）認定簿

認定 番号	事業所名	
	所在地	
	管理者名	
	連絡先等	
	認定日	年 月 日
認定 番号	事業所名	
	所在地	
	管理者名	
	連絡先等	
	認定日	年 月 日
認定 番号	事業所名	
	所在地	
	管理者名	
	連絡先等	
	認定日	年 月 日

患者等搬送事業者台帳

事業所名				
所在地				
管理責任者 職・氏名				
連絡先				
認定日		年 月 日	認定番号	第 号
更新日		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	
経過欄	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
備考				

様式第13号の2 (第10条関係)

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			
認定日	年 月 日	認定番号	第 号
更新日	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	
経過欄	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
備考			

<h2 style="margin: 0;">認定証等再交付申請書</h2> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</p> <p style="margin-top: 20px;">総社市消防長 様</p> <p style="margin-left: 300px;">（申請者）</p> <p style="margin-left: 120px;">所在地</p> <p style="margin-left: 120px;">名 称</p> <p style="margin-left: 300px;">代表者氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p> <p style="margin-top: 20px;">認定証等の再交付について、次のとおり申請します。</p>			
事業所名			
申請対象	<p><input type="checkbox"/>患者等搬送事業認定マーク</p> <p><input type="checkbox"/>患者等搬送事業（車椅子専用）認定マーク</p> <p><input type="checkbox"/>患者等搬送用自動車認定マーク</p> <p><input type="checkbox"/>患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>		
認定証又は認定マークの交付日及び認定番号	年 月 日交付	認定番号	第 号
再交付理由			
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、該当するものにチェックしてください。

2 太線枠内は、記入しないでください。

事故発生報告書

年 月 日

総社市消防長 様

(報告者)

所在地

名称

代表者氏名

印

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）に係る事故について、次のとおり報告
します。

事業区分	<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
事業所名	
所在地	
乗務員氏名	
事故発生年月日	年 月 日
事故概要	
経過措置	
※摘要	

注 ※印の欄は、記入しないこと。

休止届出書

年 月 日

総社市消防長 様

(届出者)

所 在 地

名 称

代表者氏名

印

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。

事業区分	<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		
事業所名			
所在地			
認定年月日	年 月 日	認定番号	第 号
休止期間	年 月 日から平成 年 月 日まで		
休止内容	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部		
休止理由			
備 考		※受付欄	

注1 休止内容の欄は、該当するものにチェックしてください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。

変更届出書

年 月 日

総社市消防長 様

(届出者)

所 在 地

名 称

代表者氏名

印

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。

事業区分	<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		
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。

認定取消通知書

消警第 号
年 月 日

様

総社市消防長 印

次の事業所については、患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱第13条の規定により認定を取り消しましたので通知します。

事業区分	<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		
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			

認定失効届出書

年 月 日

総社市消防長 様

(届出者)

所 在 地

名 称

代表者氏名

印

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定の失効について次のとおり届出ます。

事業所名			
所在地			
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		
認定年月日及び認定番号	年 月 日交付	認定番号	第 号
失効年月日	年 月 日		
失効内容	<input type="checkbox"/> 国土交通大臣の許可等の取り消し又は失効 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業等の廃止 <input type="checkbox"/> 認定有効期間の満了		
備 考		※受付欄	

注1 失効内容の欄は、該当するものにチェックしてください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。

様式第20号(第3条関係)

消毒実施記録表

実施月日	使用薬品及び濃度	実施者	確認印
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			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
(備考)			