

総社市消防告示第1号

患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱（平成26年総社市消防告示第2号）の一部を次のように改正する。

令和3年9月9日

総社市消防長 中山利典

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動様式」という。）を当該移動様式に対応する同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式とする。

改正後	改正前
<u>様式第1号（第4条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第1号（第4条関係）</u> 略
<u>様式第14号（第11条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第14号（第11条関係）</u> 略
<u>様式第15号（第12条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第15号（第12条関係）</u> 略
<u>様式第16号（第12条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第16号（第12条関係）</u> 略
<u>様式第17号（第12条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第17号（第12条関係）</u> 略
<u>様式第19号（第14条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第19号（第14条関係）</u> 略

附 則

この告示は、令和3年10月1日から施行する。



様式第1号（第4条関係）

講習受講申請書			
総社市消防長 様  (申請者)  住 所  氏 名		年 月 日	
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; width: fit-content; margin: auto;"> <p><b>写真</b></p> <p>横2.5cm × 縦3.0cm</p> </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。



## 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

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

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 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

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

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け  
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。