

船橋市患者等搬送事業認定基準

船橋市消防局

(趣旨)

第1条 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。）及び車椅子のみを固定できる専用車（以下「患者等搬送用自動車(車椅子専用)」という。）を用い、医療機関への入退院、通院及び転院並びに社会福祉施設等に搬送する事業（以下「患者等搬送事業」という。）に係る一定の基準を定めて、これに適合している患者等搬送事業を認定するために必要な事項を定めるものとする。

(患者等搬送事業指導基準)

第2条 船橋市における患者等搬送事業の指導基準は、利用者の安全確保を図るため別に定める。

(認定)

第3条 船橋市内に事業所を有する患者等搬送事業者（以下「事業者」という。）で患者等搬送事業の認定（更新）及び患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）を受けようとする者は、次に掲げる書類を消防局長（以下「局長」という。）に提出するものとする。

- (1) 患者等搬送事業認定（更新）申請書（第1号様式の1）又は患者等搬送事業認定（更新）申請書（車椅子専用）（第1号様式の2）
- (2) 乗務員名簿（第2号様式）
- (3) 患者等搬送用自動車届（第3号様式の1）又は患者等搬送用自動車届（車椅子専用）（第3号様式の2）

2 局長は、前項の申請があったときは、船橋市患者等搬送事業指導基準に基づいて審査を行い、その結果を認定（調査）基準表（別表第1）に記録し、適合していると認めたときは、当該申請をした事業者には患者等搬送事業認定（更新）通知書（第4号様式）、患者等搬送事業者認定マーク（別図1の1）、患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用）（別図1の2）及び患者等搬送用自動車認定マーク（別図2の1）、患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）（別図2の2）（以下、これらを「認定マーク」という。）を交付するものとする。

3 局長は、前項の審査の結果、適合していないと認めたときは、当該申請

をした事業者には患者等搬送事業否認定通知書（第5号様式）にその理由を記入し、通知するものとする。

4 患者等搬送用自動車及び患者等搬送用自動車（車椅子専用）の増車により患者等搬送用自動車認定マークの交付を求める認定業者は、次に掲げる書類を局長に提出するものとする。

(1) 患者等搬送用自動車認定マーク交付申請書（第6号様式の1）又は患者等搬送用自動車認定マーク交付申請書（車椅子専用）（第6号様式の2）

(2) 乗務員名簿

(3) 患者等搬送用自動車届又は患者等搬送用自動車届（車椅子専用）

5 局長は、前項の申請があったときは、船橋市患者等搬送事業指導基準に基づいて患者等搬送用自動車及び患者等搬送用自動車（車椅子専用）に関する審査を行い、その結果を、認定（調査）基準表に記録し、適合していると認めた場合は、当該申請をした事業者には患者等搬送用自動車認定マーク交付通知書（第7号様式の1）及び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交付通知書（車椅子専用）（第7号様式の2）及び患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）を交付するものとする。

6 認定マーク又は適任証を受領した事業者は、認定マーク等受領書（第7号様式の3）を局長に提出するものとする。

（認定の有効期間）

第4条 認定の有効期間は、認定マークを交付された翌日から起算して5年とする。

（認定の更新）

第5条 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、患者等搬送事業認定（更新）申請書により1ヶ月前から局長に更新を申請するものとする。

（認定の失効）

第6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（昭和26年法律第183号）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。

（認定の取消し）

第7条 局長は、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) 第3条第2項の規定により、患者等搬送事業認定（更新）通知書の交付を受けた者（以下「認定業者」という。）が船橋市患者等搬送事業指導基準を遵守しないとき。
- (2) 認定業者が患者等搬送事業の遂行に当って、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であると認めるとき。

2 局長は、前項の規定により認定を取り消したときは、患者等搬送事業認定取消通知書（第8号様式）にその理由を記入し、当該取り消しを受けた事業者へ通知するものとする。

（認定マークの返還）

第8条 第6条の規定により認定が失効し、又は前条第1項の規定により認定を取り消された事業者は、認定マークを速やかに局長に返還しなければならない。

2 患者等搬送用自動車及び患者等搬送用自動車（車椅子専用）を患者等の搬送の用に供しなくなった認定業者は、当該患者等搬送用自動車及び患者等搬送用自動車（車椅子専用）の認定マークを速やかに局長に返還しなければならない。

（認定業者の調査）

第9条 救急を主管する課長は、年1回以上認定業者に対し、船橋市患者等搬送事業指導基準の履行状況について認定（調査）基準表により調査し、その結果を局長に報告するものとする。

（患者等搬送乗務員適任証の交付）

第10条 患者等搬送乗務員適任証（第9号様式の1）又は患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）（第9号様式の2）（以下「適任証」という。）の交付を受けようとする者は、患者等搬送乗務員適任証交付申請書（車椅子含む）

(第 10 号様式) を局長に提出するものとする。

2 局長は前項の申請があったときは、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交付通知書(車椅子含む)(第 11 号様式)及び適任証を交付するものとする。

(1) 消防機関等が行う乗務員に適任証を交付する講習を修了した者。

(2) 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 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。

(3) 日本赤十字社の行う応急処置に関する講習を受け資格の有効期間内の者。

ただし、消防機関等が行う適任者講習に不足する課目については、消防機関等が行う講習を受講すること。

(4) 第 2 号又は前号に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると局長が認めた者。

(適任証の有効期間)

第 11 条 適任証の有効期間は、交付の日から起算して 2 年間とする。ただし、有効期間内に別表第 3 に規定する定期講習を受講した者については更に 2 年間有効とし、その後も同様とする。

(講習等)

第 12 条 局長は、患者等搬送事業に必要な知識及び技術を乗務員に習得させるため、別表第 2 及び別表第 3 に規定する講習を行うものとする。

2 事業者は、乗務員に前項に定める講習を受講させようとするときは、講習受講申請書(第 12 号様式)により局長に申請するものとする。

3 局長は、前項の申請書を受理したときは、受講票(第 13 号様式)を交付するものとする。

4 局長は、別表第 2 及び別表第 3 に規定する講習を実施する場合は、船橋市内の事業所に実施日等を広報のうえ、受講者を募集し、実施するものとする。

(再交付の申請)

第 13 条 認定業者又は局長から適任証の交付を受けた者は、認定マーク又適任証を忘失し、滅失し、汚損し、又は破損したときは、認定マーク(適任証)再交付申請書(第 14 号様式)により局長に申請し当該認定マーク又は適任証の再交付を受けることができるものとする。

(認定業者の責務)

第 14 条 認定業者は、船橋市患者等搬送事業指導基準を誠実に履行しなければならない。

(届出等)

第 15 条 認定業者は、第 6 条各号に該当したときは、速やかに認定失効届出書（第 15 号様式）により局長に届け出るものとする。

2 認定業者は、患者等搬送事業の全部又は一部を休止したときは、速やかに患者等搬送事業休止届出書（第 16 号様式）により局長に届け出るものとする。

3 認定業者は、患者等搬送事業の遂行に当って、重大な事故を発生させたときは、患者等搬送事業事故発生報告書（第 17 号様式）により直ちに局長に報告するものとする。

附 則

この基準は、平成 19 年 5 月 17 日から施行する。

附 則

この基準は、平成 28 年 3 月 10 日から施行する。

別表第1（第3条第2項及び第5項、第9条）

認定（調査）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		1 患者等搬送用自動車 2 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	講習受講状況	適・不適	
3	運行体制	適・不適	
4	患者等搬送用自動車	(1) 緩衝装置	適・不適
		(2) 車内の広さ	適・不適
		(3) 定員	適・不適
		(4) 換気及び冷暖房	適・不適
		(5) ストレッチャー、車椅子の固定	適・不適
		(6) ストレッチャーの固定ベルト	適・不適
		(7) 乗降を容易にする装置	適・不適
		(8) 通信連絡装置	適・不適
5	認定マーク	適・不適	

6	車体表示	適 ・ 不適	
7	積載資器材	適 ・ 不適	
8	消毒記録表	適 ・ 不適	
9	乗務員の服装	適 ・ 不適	
10	パンフレット等への表示状況	適 ・ 不適	
11	道路運送法の許可、登録の状況	適 ・ 不適	
備考			

調査年月日 年 月 日

調査担当者

階 級 ・ 氏 名

印

階 級 ・ 氏 名

印

別表第2（第12条第1項）

種別 項目	患者等搬送用自動車の乗務員に 適任証を交付する講習		患者等搬送用自動車（車椅子専用） の乗務員に適任証を交付する講習	
	課目	時間数	課目	時間数
講習内容	総論	1	総論	1
	観察要領及び応急処置	13	観察要領及び応急処置	9
	体位管理要領	2	体位管理要領	1
	消防機関との連携要領	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	車両資器材の消毒及び 感染防止要領	1
	搬送法	2	搬送法	1
	修了考査	2	修了考査	1
	講習時間	合計	24	合計
講師	<p>講師は、次のいずれかに該当する者とする。</p> <p>1 救急隊長として3年以上の実務経験を有する者で、局長が適任と認めた者</p> <p>2 消防大学校の救急科程の修了者で、局長が適任と認めた者</p> <p>3 応急手当指導員の資格を有する者のうち、応急手当の指導に関して高度な知識、技術と十分な経験を有する者で、局長が適任と認めた者</p>			
終了考査 実施基準	<p>修了考査は次の内容とし、80点以上を以って合格とする。</p> <p>1 実技（観察要領と応急処置）60点</p> <p>2 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</p>			
その他	課目の1時間は45分とする。			

別表第3（第12条第1項）

種別 項目	患者等搬送用自動車及び患者等搬送用自動車（車椅子専用）の乗務に対する定期講習	
講習内容	課 目	時 間 数
	観察要領及び応急処置	1
	体位管理要領	2
講習時間	合 計	3
	<p>講師は、次のいずれかに該当する者とする。</p> <p>1 救急隊長として3年以上の実務経験を有する者で、局長が適任と認めた者</p> <p>2 消防大学校の救急科程の修了者で、局長が適任と認めた者</p> <p>3 応急手当指導員の資格を有する者のうち、応急手当の指導に関して高度な知識、技術と十分な経験を有する者で、局長が適任と認めた者</p>	
その他	課目の1時間は45分とする。	

第1号様式の1（第3条第1項、第5条）

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

（申請者）所在地

名 称

代表者氏名 印

電 話

船橋市患者等搬送事業認定基準第3条第1項（第5条）に基づき、認定（更新）を申請します。

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	電話（ ）
国土交通省許可 登録番号	
※ 受付欄	※ 経過欄

※印の欄は、記入しないでください。

定款に定める 事業内容						
営業区域						
営業時間	時 分 から 時 分 まで			料 金	円	
乗務員数	総数	人 昼		人 夜	人	
乗務員の服装	色	形状等				
年間営業 実績件数	病院への通入院		件	施設等への送迎		件
	退院		件	その他		件
	転院		件	合計		件
営業案内の 有・無	有・無		有の場合は、パンフレット等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。			
特記事項						

第1号様式の2（第3条第1項、第5条）

患者等搬送事業認定（更新）申請書
（車椅子専用）

年 月 日

船橋市消防局長 あて

（申請者）所在地

名 称

代表者氏名 印

電 話

船橋市患者等搬送事業認定基準第3条第1項（第5条）に基づき、認定（更新）を申請します。

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	電話（ ）
国土交通省許可 登録番号	
※ 受付欄	※ 経過欄

※印の欄は、記入しないでください。

定款に定める 事業内容						
営業区域						
営業時間	時 分 から 時 分 まで			料 金	円	
乗務員数	総数	人 昼		人 夜	人	
乗務員の服装	色	形状等				
年間営業 実績件数	病院への通入院		件	施設等への送迎		件
	退院		件	その他		件
	転院		件	合計		件
営業案内の 有・無	有・無		有の場合は、パンフレット等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。			
特記事項						

第2号様式（第3条第1項及び第4項）

乗 務 員 名 簿

番号	氏 名	生 年 月 日 (歳)	患者等搬送乗務員適任証		
			認定 番号	交付年月日	種 別
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子
		年 月 日 (歳)		年 月 日	1 患者搬 2 車椅子

※ 種別 1 患者搬 … 患者等搬送用自動車乗務員適任証

2 車椅子 … 患者等搬送用自動車(車椅子専用)乗務員適任証

第3号様式の1（第3条第1項及び第4項）

患者等搬送用自動車届

車種(形式)		塗色	
車両番号		定員	人
患者収容部分の大きさ		長さ	cm
		幅	cm
		高さ	cm
換気装置	有・無	ストレッチャー等固定装置	有・無
暖房装置	有・無	車椅子固定装置	有・無
冷房装置	有・無	通信装置種別	電話・無線・FAX
積載資器材			
品名	数量	品名	数量
バッグバルブマスク		消毒薬(種類)	
ポケットマスク		はさみ	
敷物		マスク	
保温用毛布		ピンセット	
ストレッチャー(車椅子)		手袋	
担架		汚物入れ(膿盆等)	
まくら		体温計	
三角巾		※ AED	
ガーゼ		その他	
包帯			
タオル			
ばんそうこう			
噴霧消毒器			

※ 印は、任意の積載とする。

第3号様式の2（第3条第1項及び第4項）

患者等搬送用自動車届(車椅子専用)

車種(形式)		塗色	
車両番号		定員	人
患者収容部分の大きさ		長さ	cm
		幅	cm
		高さ	cm
換気装置	有・無	ストレッチャー等固定装置	有・無
暖房装置	有・無	車椅子固定装置	有・無
冷房装置	有・無	通信装置種別	電話・無線・FAX
車椅子を使用したまま確実に固定できる装置			有・無
車椅子の乗降を容易にするための装置			有・無
積載資器材			
品名	数量	品名	数量
※ バッグバルブマスク		消毒薬(種類)	
ポケットマスク		はさみ	
※ 敷物		マスク	
保温用毛布		ピンセット	
車椅子		手袋	
担架		汚物入れ(膿盆等)	
※ まくら		体温計	
三角巾		※ AED	
ガーゼ		その他	
包帯			
タオル			
ばんそうこう			
噴霧消毒器			

※ 印は、任意の積載とする。

第4号様式（第3条第2項）

患者等搬送事業認定（更新）通知書

船消防第 号
年 月 日

様

船橋市消防局長 印

船橋市患者等搬送事業指導基準に基づき審査した結果、次のとおり患者等搬送事業の認定（更新）をすることに決定しましたので通知します。

1 所在地

2 名称

3 有効期間

年 月 日から
年 月 日まで

（認定マーク交付日の翌日から5年）

4 認定マーク

- | | | |
|-------------------------------------|--------|---|
| (1) 患者等搬送事業者認定マーク | 枚・認定番号 | 番 |
| (2) 患者等搬送用自動車認定マーク | 枚・認定番号 | 番 |
| (3) 患者等搬送事業者認定マーク
(車 椅 子 専 用) | 枚・認定番号 | 番 |
| (4) 患者等搬送用自動車認定マーク
(車 椅 子 専 用) | 枚・認定番号 | 番 |

車両写真添付（斜面からの全影とする）

第5号様式（第3条第3項）

患者等搬送事業否認定通知書

船消防第 号
年 月 日

様

船橋市消防局長 印

船橋市患者等搬送事業指導基準に基づく審査の結果、認定しないことに決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	
調査年月日	年 月 日
否認定理由	

第6号様式の1（第3条第4項）

患者等搬送用自動車認定マーク交付申請書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

（申請者）所在地

名称

代表者氏名

印

電話

船橋市患者等搬送事業認定基準第3条第4項に基づき、患者等搬送用自動車認定マークの交付を申請します。

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
申請理由	
申請枚数	枚
※ 受付欄	※ 経過欄

※ 印の欄は、記入しないでください。

第6号様式の2（第3条第4項）

患者等搬送用自動車認定マーク交付申請書
（ 車 椅 子 専 用 ）

年 月 日

船橋市消防局長 あて

（申請者）所 在 地

名 称

代表者氏名

印

電 話

船橋市患者等搬送事業認定基準第3条第4項に基づき、患者等搬送用
自動車認定マーク(車椅子専用)の交付を申請します。

事 業 所 名	
所 在 地	
管 理 責 任 者 職・氏 名	
申 請 理 由	
申 請 枚 数	枚
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄

※ 印の欄は、記入しないでください。

第7号様式の1（第3条第5項）

患者等搬送用自動車認定マーク交付通知書

船消防第 号
年 月 日

様

船橋市消防局長 印

船橋市患者等搬送事業指導基準に基づき審査した結果、次のとおり患者等搬送用自動車認定マークを交付します。

1 交付枚数及び認定番号

(1) 交付枚数 枚

(2) 認定番号 番

2 有効期間

年 月 日 から


年 月 日 まで

第7号様式の2（第3条第5項）

患者等搬送用自動車認定マーク交付通知書
（ 車 椅 子 専 用 ）

船消防第 号
年 月 日

様

船橋市消防局長 

船橋市患者等搬送事業指導基準に基づき審査した結果、次のとおり患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用)を交付します。

1 交付枚数及び認定番号

(1) 交付枚数 枚

(2) 認定番号 番

2 有効期間

年 月 日 から

年 月 日 まで

第7号様式の3（第3条第6項）

年 月 日

船橋市消防局長 あて

受領者

職・氏名

印

認定マーク等受領書

下記事業所に係る認定マーク及び適任証を受領いたしました。

なお、有効期間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 名称 連絡先	電話 ()
管理責任者 職・氏名	
認定証有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
認定証及び認定 マーク	受領年月日 年 月 日 1 患者等搬送事業者認定マーク 枚 2 患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用） 枚 3 患者等搬送用自動車認定マーク 枚 4 患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用） 枚 5 患者等搬送乗務員適任証 冊 6 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用） 冊 認定証番号 番

第8号様式（第7条第2項）

患者等搬送事業認定取消通知書


船消防第 号
年 月 日

様

船橋市消防局長 印

船橋市患者等搬送事業認定基準第7条第1項に該当しますので、認定を取り消します。

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
取消理由	


<p>表紙（裏）</p> <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="text-align: right;">第 号</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">患者等搬送乗務員 適任証</p> <p style="text-align: center;">船 橋 市 消 防 局</p>
---	---

↑
第9号様式の1
(第10条第1項)
7 cm
↓

← 20cm →

(備考) 地色は水色とし、文字は黒色とする。

<p>内側（第1面）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">(ふりがな) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">← 写 真 →</p> <p style="text-align: center;">4 cm</p> </div> <p style="text-align: center;">年 月 日生</p> <p style="text-align: center;">本籍地</p> <p style="text-align: center;">都道府県</p> <p style="text-align: center;">年 月 日交付</p> <p style="text-align: center;">押出 スタンプ 船橋市 消防局</p> <p style="text-align: center;">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="text-align: center; border: 1px dashed black; width: 60px; height: 30px; margin: 10px auto;"> <p style="text-align: center;">船橋市消防局長 印</p> </div>	<p>(第2面)</p> <p style="text-align: center;">再講習受講欄</p> <p>適任証の有効期間は、交付の日から起算して2年です。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>年月日</th> <th>実施本部</th> <th>年月日</th> <th>実施本部</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	年月日	実施本部	年月日	実施本部																				
年月日	実施本部	年月日	実施本部																						

<p>表紙（裏）</p> <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="text-align: center;">（表）</p> <p style="text-align: right;">第 号</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">患者等搬送乗務員 （車椅子専用） 適任証</p> <p style="text-align: center;">船 橋 市 消 防 局</p>
---	--

第9号様式の2
(第10条第1項)

7 cm

← 20cm →

（備考）地色は水色とし、文字は黒色とする。

<p>内側（第1面）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">(ふりがな) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">← 写 真 →</p> <p style="text-align: center;">3 cm</p> <p style="text-align: center;">4 cm</p> </div> <p style="text-align: center;">年 月 日生</p> <p style="text-align: center;">都道府県</p> <p style="text-align: center;">年 月 日交付</p> <p style="text-align: center;">押出 スタンプ 船橋市 消防局</p> <p style="text-align: center;">本籍地</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">船橋市消防局長 印</p>	<p>（第2面）</p> <p style="text-align: center;">再講習受講欄</p> <p>適任証の有効期間は、交付の日から起算して2年です。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>年月日</th> <th>実施本部</th> <th>年月日</th> <th>実施本部</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>	年月日	実施本部	年月日	実施本部																				
年月日	実施本部	年月日	実施本部																						

第10号様式（第10条第1項）

患者等搬送乗務員適任証交付申請書
(車椅子含む)

年 月 日

船橋市消防局長 あて

(申請者) 住所

氏名

印

電話

船橋市患者等搬送事業認定基準第10条第1項に基づき、適任証の交付を申請します。

条 項	該 当 項 目
船橋市患者等搬送事業 認定基準第10条第2項	1 第1号 2 第2号 3 第3号 4 第4号 医 師・看護師・準看護師 医学士・看護学士 その他 ()
※ 受 付 欄	経 過 欄

※印の欄は、記入しないで下さい。

写真（正面、脱帽、上半身像、4cm×3cm）を1枚添付して下さい。

乗務員としての資格を証明する書面（写し可）を添付して下さい。

第 1 1 号様式 (第 1 0 条第 2 項)

患者等搬送乗務員適任証交付通知書
(車椅子含む)

船消防第 号
年 月 日

様

船橋市消防局長 印

船橋市患者等搬送事業認定基準第 10 条第 2 項 号に基づき、次のとおり
適任証を交付します。

1 交付番号 番

2 有効期間

年 月 日 から

年 月 日 まで

第12号様式（第12条第2項）

講習受講申請書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

（申請者）所在地

名 称

代表者氏名

印

電 話

区 分	1 乗務員に適任証（車椅子含む）を交付する講習 2 定期講習
写 真 （正面、脱帽、上半身像） （縦4cm×横3cm） 貼付箇所	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 付 欄	※ 経 過 欄

※印の欄は、記入しないで下さい。

「区分」の欄は、該当講習を○で囲んで下さい。

第13号様式（第12条第3項）

受 講 票

受講番号	第 号	種別	1 乗務員に適任証（車椅子含む）を交付する講習 2 定期講習
氏 名			
講習日時	年 月 日 から 年 月 日 まで 時 分 から 時 分 まで		
講習場所			

- （注意）
- 1 この受講票は、講習当日持参し、受付に提出して下さい。
 - 2 受付は、午前 時 分から開始します。
 - 3 遅刻し、又は早退すると受講したことになりません。
 - 4 駐車場は、確保してありませんので公共の交通機関を利用して下さい。

第14号様式（第13条）

認定マーク（適任証）再交付申請書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

（申請者）所在地

（勤務先）名称

代表者氏名

印

電 話

船橋市患者等搬送事業認定基準第13条に基づき、再交付を申請します。

申請対象	1 患者等搬送事業者認定マーク
	2 患者等搬送事業者認定マーク(車椅子専用)
理由	3 患者等搬送用自動車認定マーク
	4 患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用)
	5 患者等搬送乗務員適任証(車椅子含む)
認定マーク又は適任証の交付年月日及び認定(交付)番号	
年 月 日 認定(交付) 第 号	
※ 受付欄	※ 経 過 欄

※ 印の欄は、記入しないで下さい。

「申請対象」の欄は、該当事項を○で囲んで下さい。

適任証の再交付の申請は、写真（正面、脱帽、上半身像、4 cm×3 cm）

を1枚添付して下さい。

第15号様式（第15条第1項）

認定失効届出書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

(申請者) 所在地

名称

代表者氏名

印

電話

船橋市患者等搬送事業認定基準第15条第1項に基づき届け出ます。

事業所名	
所在地	
失効内容	1 国土交通大臣許可の取消又は失効 2 患者等搬送事業の廃止 3 認定の有効期間満了
※ 受付欄	※ 経過欄

※ 印の欄は、記入しないで下さい。

「失効内容」の欄は該当事項を○で囲んで下さい。

第16号様式（第15条第2項）

患者等搬送事業休止届出書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

(申請者) 所在地

名称

代表者氏名

印

電話

患者等搬送事業を休止しますので、船橋市患者等搬送事業認定基準
第15条第2項に基づき届け出ます。

種 別	1 患者等搬送事業 2 患者等搬送事業(車椅子専用)
事業所名	
所在地	電話
休止理由	
休止内容	1 全部 2 一部 ()
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
※受付欄	※ 経 過 欄

※ 印の欄は、記入しないで下さい。

患者等搬送事業を再開したときは、消防局救急課に連絡して下さい。

電話 047(435)1191

第17号様式（第15条第3項）

患者等搬送事業事故発生報告書

年 月 日

船橋市消防局長 あて

(申請者) 所在地

名称

代表者氏名

印

電話

船橋市患者等搬送事業認定基準第15条第3項に基づき、報告します。

種 別	1 患者等搬送事業 2 患者等搬送事業(車椅子専用)
事 業 所 名	
所 在 地	電話
管 理 責 任 者 職 ・ 氏 名	
事 故 発 生 日 時	年 月 日 時 分
事 故 の 概 要	
経 過 措 置	
※ 受 付 欄	※ 経 過 欄

※ 印の欄は、記入しないで下さい。

必要により図面等を添付して下さい。

別図1の1（第3条第2項、第8条第1項）

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

船 橋 市 消 防 局

○ 地 … 緑色 文字 … 黒色 マーク … 金色

○ 横 23.7 c m 縦 36 c m

別図1の2（第3条第2項、第8条第1項）

患者等搬送事業者認定マーク
（車椅子専用）



患者等搬送に適合する事業者
として認定する

船 橋 市 消 防 局

- 地 … 緑色 文字 … 黒色 マーク … 金色
- 横 23.7 c m 縦 36 c m

別図2の1（第3条第2項及び第5項、第8条第2項）

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。
- 地色は緑色とし、文字は黒色とし、マークは金色とする。
- 直径9センチメートル

別図2の2（第3条第2項及び第5項、第8条第2項）

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。
- 地色は緑色とし、文字は黒色とし、マークは金色とする。
- 直径9センチメートル