

乗務員講習等受講申請書

年 月 日

盛岡地区広域消防組合消防長 様

申請者  
住 所  
氏 名

次のとおり乗務員講習等の受講を申請します。

|             |                          |                                     |
|-------------|--------------------------|-------------------------------------|
| (写真添付)      | 住 所                      | 〒 ー (本籍地： 都道府県)                     |
|             | (ふりがな)<br>氏 名<br>生 年 月 日 | 電 話 ( )<br><br>年 月 日生               |
| 勤<br>務<br>先 | 所 在 地                    | 〒 ー<br><br>電 話 ( )                  |
|             | 名 称                      |                                     |
|             | 管理責任者<br>職 ・ 氏 名         |                                     |
| 受講希望講習区分    |                          | 1 乗務員講習<br>2 乗務員（車椅子専用）講習<br>3 定期講習 |
| ※ 受 付 欄     |                          | ※ 経 過 欄                             |
|             |                          |                                     |

備考

- 1 写真2枚（1枚は適任証の貼付用）は、受講申請前6箇月以内に撮影した正面上三分身像（3cm×4cm）のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年令を記載して添付及び貼付けしてください。ただし、定期講習は、写真の貼付等の必要はありません。
- 2 定期講習の場合は、交付されている患者等搬送乗務員適任証の写しを添付してください。
- 3 受講希望講習区分の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 4 ※印の欄には、記入しないでください。

特例認定者適任証交付申請書

年 月 日

盛岡地区広域消防組合消防長 様

申請者  
住 所  
氏 名

患者等搬送業務の乗務員についての特例認定を申請します。

|             |                          |                |
|-------------|--------------------------|----------------|
| (写真貼付)      | 住 所                      | 〒 ー<br>電 話 ( ) |
|             | (ふりがな)<br>氏 名<br>生 年 月 日 | 年 月 日生         |
| 勤<br>務<br>先 | 所 在 地                    | 〒 ー<br>電 話 ( ) |
|             | 名 称                      |                |
|             | 管 理 責 任 者<br>職 ・ 氏 名     |                |
| 申 請 資 格 種 別 | 1 乗務員<br>2 乗務員 (車椅子専用)   |                |
| ※ 受 付 欄     |                          | ※ 経 過 欄        |
|             |                          |                |

備考

- 1 写真2枚(1枚は適任証の貼付用)は、申請前6箇月以内に撮影した正面上三分身像(3cm×4cm)のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年令を記載して添付及び貼付けしてください。
- 2 乗務員講習等を修了した者と同等以上と認められる資格を証明するものの写しを添付してください。
- 3 申請資格種別の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 4 ※印の欄には、記入しないでください。

適任証再交付申請書

年 月 日

盛岡地区広域消防組合消防長 様

申請者  
住 所  
氏 名

次により、適任証の再交付を申請します。

|             |                      |                          |                |
|-------------|----------------------|--------------------------|----------------|
| 再交付申請事由     |                      | 1 亡失 2 滅失 3 その他 ( )      |                |
| 申請資格種別      |                      | 1 乗務員<br>2 乗務員(車椅子専用)    |                |
| (写真貼付)      |                      | 住 所                      | 〒 -<br>電 話 ( ) |
|             |                      | (ふりがな)<br>氏 名<br>生 年 月 日 | 年 月 日生         |
| 勤<br>務<br>先 | 所 在 地                | 〒 -<br>電 話 ( )           |                |
|             | 名 称                  |                          |                |
|             | 管 理 責 任 者<br>職 ・ 氏 名 |                          |                |
| ※ 受 付 欄     |                      | ※ 経 過 欄                  |                |
|             |                      |                          |                |

備考

- 1 写真2枚(1枚は乗務員適任証貼付用)は、申請前6ヶ月以内に撮影した正面上三分身像(3cm×4cm)のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年令を記載して添付及び貼付けしてください。
- 2 再交付申請事由及び申請資格種別の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 3 ※印の欄には、記入しないでください。

様式第10号（その1）

患者等搬送事業者認定（更新）申請書

年 月 日

盛岡地区広域消防組合消防長 様

申請者  
住 所  
氏 名

患者等搬送事業者の認定（更新）について、次のとおり申請します。

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 事業所名                    |   |
| 所在地                     | 〒 ー<br>電 話 ( )                              |
| 管理責任者<br>職・氏名           |   |
| 国土交通大臣<br>の許可又は登<br>録番号 |   |
| 申請区分                    | 1 患者等搬送事業者<br>2 患者等搬送事業者（車椅子専用）             |
| 申請内容                    | 1 新規の認定<br>2 有効期間の更新<br>3 患者等搬送用自動車の増車による更新 |
| 定款に定める<br>事業内容          |   |
| ※ 受 付 欄                 | ※ 経 過 欄                                     |
|                         |   |

備考

- 1 乗務員名簿（様式第11号）、患者等搬送用自動車届（様式第12号）、自動車検査証（写）及び道路運送法に基づく許可証の写し等の関係書類を添付してください。
- 2 申請する事業形態及び申請内容の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 3 ※印の欄には、記入しないでください。

(その2)

|                                  |             |                             |   |        |                |     |   |
|----------------------------------|-------------|-----------------------------|---|--------|----------------|-----|---|
| 営業区域                             |             |                             |   |        |                |     |   |
| 営業時間                             |             | 基本料金                        |   |        |                | 円   |   |
| 乗務員                              |             | 総数                          | 人 | 昼      | 人              | 夜   | 人 |
| 乗務員（車椅子専用）                       |             | 総数                          | 人 | 昼      | 人              | 夜   | 人 |
| 制服の形状及び配色                        |             |                             |   |        |                |     |   |
| 患者等搬送事業に係る<br>年間営業実績件数<br>( 年度)  |             | 病院への通入院                     |   | 件      | 老人ホーム<br>等への送迎 |     | 件 |
|                                  |             | 退院                          |   | 件      | 旅行             |     | 件 |
|                                  |             | 転院                          |   | 件      | その他            |     | 件 |
| 事業<br>案<br>書                     | 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。）    |   |        |                |     |   |
|                                  | 主な案内事項      |                             |   |        |                |     |   |
| 病院<br>と<br>の<br>契<br>約           | 契約の有無       | 有・無（有の場合は、契約書の写しを添付してください。） |   |        |                |     |   |
|                                  | 主な契約内容      |                             |   |        |                |     |   |
| 行政<br>機<br>関<br>と<br>の<br>契<br>約 | 契約の有無       | 有・無（有の場合は、契約書の写しを添付してください。） |   |        |                |     |   |
|                                  | 主な契約内容      |                             |   |        |                |     |   |
| 会<br>員<br>制<br>度                 | 会員制度の有無     | 有・無（有の場合は、契約書の写しを添付してください。） |   |        |                |     |   |
|                                  | 会<br>員<br>数 |                             | 人 | 会<br>費 |                | 円／年 |   |



様式第12号 (その1)

患者等搬送用自動車届

|                        |                                    |                         |                        |
|------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| 車種 (型式)                |                                    | 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                    |
| 自 動 車 の 形 態            | 1 患者等搬送用自動車<br>2 患者等搬送用自動車 (車椅子専用) |                         |                        |
| 換 気 装 置                | 有 ・ 無                              | 冷 房 装 置                 | 有 ・ 無                  |
| 暖 房 装 置                | 有 ・ 無                              | 通 信 装 置<br>種 別 (携 帯 用)  | 電 話 ・ 無 線<br>そ の 他 ( ) |
| ストレッチャー等<br>固 定 装 置    | 有 ・ 無                              | ストレッチャーの<br>患者固定用ベルト※   | 有 ・ 無                  |
| ストレッチャー<br>の 大 き さ     | 長さ                                 | 巾                       | 高さ                     |
|                        | c m                                | c m                     | c m                    |
| 定期消毒実施記録票<br>の 表 示 位 置 |                                    | 乗 降 を 容 易<br>に する 装 置 ※ | 有 ・ 無                  |
| 積 載 資 器 材              |                                    |                         |                        |
| 品 名                    | 数 量                                | 品 名                     | 数 量                    |
|                        |                                    |                         |                        |

備考

- 1 自動車の形態の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 2 ※印の欄は、患者等搬送用自動車 (車椅子専用) の場合には、記入する必要がありません。
- 3 自動車の前後左右の4面を撮影した写真を貼付けてください。

(その2)

自動車の写真

(前 面)

(後 面)



(その3)

自動車の写真

(右側面)

(左側面)

業務内容変更届

年 月 日

盛岡地区広域消防組合消防長 様

申請者  
住所  
氏名

患者等搬送事業の業務内容を変更したので、届け出ます。

|                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| 事業所名            |                                 |
| 所在地             | 〒 ー<br>電話 ( )                   |
| 管理責任者<br>職・氏名   |                                 |
| 認定証交付<br>年月日・番号 | 年 月 日 第 号                       |
| 事業者種別           | 1 患者等搬送事業者<br>2 患者等搬送事業者(車椅子専用) |
| 変更内容            |                                 |
| ※ 受付            | ※ 経過欄                           |
|                 |                                 |

備考

- 1 事業者種別の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 2 ※の欄は、記入しないでください。

患者等搬送事業廃止届

年 月 日

盛岡地区広域消防組合消防長 様

申請者  
住 所  
氏 名

患者等搬送事業を廃止したので、届け出ます。

|                   |                                 |
|-------------------|---------------------------------|
| 事業所名              |                                 |
| 所在地               | 〒 ー<br>電話 ( )                   |
| 管理責任者<br>職 ・ 氏 名  |                                 |
| 認定証交付<br>年月日 ・ 番号 | 年 月 日 第 号                       |
| 事業者種別             | 1 患者等搬送事業者<br>2 患者等搬送事業者（車椅子専用） |
| 廃止年月日             | 年 月 日                           |
| 理由                |                                 |
| ※ 受 付             | ※ 経 過 欄                         |
|                   |                                 |

備考

- 1 事業者種別の欄は、該当する番号を○印で囲んでください。
- 2 ※の欄は、記入しないでください。



特 異 事 案 報 告 書

年 月 日

盛岡地区広域消防組合消防長 様

住 所  
氏 名

特異事案を取扱い又は発生させたので、次のとおり報告します。

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| 事 業 所 名                        |                      |
| 所 在 地                          | 〒 ー<br>電 話 ( )       |
| 管 理 責 任 者<br>職 名 氏 名           |                      |
| 発 生 場 所                        |                      |
| 乗 務 員 氏 名                      |                      |
| 収 容 予 定 医 療 機 関 等              |                      |
| 収 容 医 療 機 関 等                  |                      |
| 患 者 等 の<br>住 所 ・ 氏 名 ・ 生 年 月 日 |                      |
| 傷 病 程 度                        | 死亡・重症・中等症・軽症・その他 ( ) |
| ※ 受 付                          | ※ 経 過 欄              |
|                                |                      |

備考 ※印の欄は、記入しないでください。

(その2)

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 事<br>案<br>の<br>概<br>要 |  |
| 対<br>応<br>処<br>置      |  |