

様式第1号

患者等搬送乗務員適任証

表紙（裏）

（表）

<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>第 号 70mm</p>
<p>患者等搬送乗務員 適任証 茨木市消防本部</p>		
<p>200mm</p>		

注 地色は水色とし、文字は黒色とする。

内側（第1面）

（第2面）

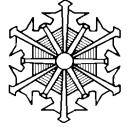
<p>写真 30mm 40mm 押出 スタンプ 茨木市消防本部</p>	<p>氏名 (ふりがな) 年月日生 年月日交付 上記の者は、患者等搬送乗務 員に適することを証する。 茨木市消防長 印</p>	<p>再講習受講欄</p>			
		<p>年月日</p>	<p>実施本部</p>	<p>年月日</p>	<p>実施本部</p>
<p>200mm</p>					

様式第1号の2

患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）

表紙（裏）

（表）

	 第 号 70mm	
患者等搬送乗務員 適任証 (車椅子専用) 茨木市消防本部		
※ 患者等搬送業務に従事する場合 必ず携帯すること。		
200mm		

注 地色はピンク色とし、文字は黒色とする。

内側（第1面）

（第2面）

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> 写 真 (ふりがな) 氏 名 </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> 押 出 スタンプ 茨木市消防本部 年 月 日生 </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> 年 月 日交付 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。 </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;">茨木市消防長 印</div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;">再 講 習 受 講 欄</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施本部</th> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施本部</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;">70mm</div> </div>				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																												
200mm																																

様式第2号

基礎講習受講申込書		消防本部名	茨木市消防本部	受付番号	
年 月 日					
茨木市消防本部 消 防 長 殿					
講習種別		<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）			
のり付部分		(ふりがな) 氏名 生年月日 年 月 日 住 所 電話： ()			
写真 (1枚)		1 申込前6か月以内に撮影した無帽、正面上半身、無背景の横3cm×縦4cmの写真で、裏面に必ず氏名及び撮影年月日を記入してください。 2 この写真は、適任証に使用しますので写真貼付は「のり付け部分」のみに使用してください。			
勤務先	名 称				
	所在 地	〒 一 電話： ()			
	希望受講日	第 回 年 月 日 ～ 月 日			
※受講実施消防本部受付欄			※申込先消防本部受付欄		

申込時のご注意

- 希望する講習区分の□欄にチェックして下さい。
- 受講希望者の電話番号は、講習開催に関する連絡事項がある場合に使用しますので、連絡が取りやすい番号を記入してください。
- 各欄の記入については、はっきりと鮮明に記入してください。
- 申込書の提出先は、申込者の居住地又は勤務先を管轄する消防本部へ提出してください。
- ※欄には、記入しないでください。

様式第2号の2

基礎講習受講通知書		消防本部名	茨木市消防本部	受付番号	
年 月 日					
様					
講習種別	<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）				
受講者氏名					
受講日時	第 回 年 月 日 ～ 月 日 時 分 ～ 時 分				
講習会場					
連絡先： ()					
受講に関する問合せ先	茨木市消防本部 担当：				
	問合せ先電話番号： ()				
※備考	※申込先消防本部受付欄				

受講上のご注意

- 本通知書を講習会場へ持参してください。
- 受講時間を厳守してください。
- 講習会場で、必ず受付の係員に出席した旨（受講番号や氏名）を告げてください。
お申出のない場合は欠席とみなされます。
- 受講中、病気や急用等で退場されるときは、必ず係員まで申し出て下さい。
この場合は、退場状況によっては最初から改めて受講していただく場合もあります。
- 講習会場へは、出来る限り公共交通機関（電車・バス等）でお越しください。
- この講習を完全に受けられなかった場合や修了考査の結果により、修了書を交付できない場合があります。
- 受講中の呼出し、連絡は特別な場合のほか行いません。
- 講習当日に欠席される場合は、必ず講習会場連絡先へ連絡してください。
- 気象状況や自然災害等で講習を中止する場合があります。
この場合、申込書に記入された受講者の電話番号へ連絡する場合があります。
- 講習で使用するテキスト等は、受講者が事前に準備して講習会場に持参してください。
また、講習会場でもご購入できる場合がありますので、詳しくは申込先消防本部へお問い合わせください。
- 講習修了後、患者等搬送乗務員適任証の交付を希望される方は、基礎講習受講申込先の消防本部に適任証交付申請の手続きをご確認ください。
- ※欄には、記入しないでください。

様式第2号の3

定期講習受講申込書		消防本部名	茨木市消防本部	受付番号	
年 月 日					
茨木市消防本部 消 防 長 殿					
講習種別		患者等搬送乗務員定期講習			
適任証	交付番号	第 号			
	交付日	年	月	日	
(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：	()		
希望受講日		第 回	年	月	日
※受講実施消防本部受付欄			※申込先消防本部受付欄		

申込時のご注意

- 希望する講習区分の□欄にチェックして下さい。
- 受講希望者の電話番号は、講習開催に関する連絡事項がある場合に使用しますので、連絡が取りやすい番号を記入してください。
- 各欄の記入については、はっきりと鮮明に記入してください。
- 申込書の提出先は、申込者の住所又は勤務先を管轄する消防本部へ提出してください。
- ※欄には、記入しないでください。

様式第2号の4

定期講習受講通知書		消防本部名	茨木市消防本部	受付番号	
年 月 日					
様					
講習種別		患者等搬送乗務員定期講習			
受講者氏名					
適任証	交付番号	第 号			
	交付日	年	月	日	
受講日時		第 回	年	月	日
講習会場		連絡先： ()			
受講に関する問合せ先		茨木市消防本部 担当： 問合せ先電話番号： ()			
※備考			※申込先消防本部受付欄		

受講上のご注意

- 本通知書を講習会場へ持参してください。
- 受講時間を厳守してください。
- 講習会場で、必ず受付の係員に出席した旨（受講番号や氏名）を告げてください。
お申出のない場合は欠席とみなされます。
- 受講中、病気や急用等で退場されるときは、必ず係員まで申し出て下さい。
この場合は、退場状況によっては最初から改めて受講していただく場合もあります。
- 講習会場へは、出来る限り公共交通機関（電車・バス等）でお越しください。
- この講習を完全に受けられなかった場合や修了考査の結果により、修了書を交付できない場合があります。
- 受講中の呼出し、連絡は特別な場合のほか行いません。
- 講習当日に欠席される場合は、必ず講習会場連絡先へ連絡してください。
- 気象状況や自然災害等で講習を中止する場合があります。
この場合、申込書に記入された受講者の電話番号へ連絡する場合があります。
- 講習で使用するテキスト等は、受講者が事前に準備して講習会場に持参してください。
また、講習会場でもご購入できる場合がありますので、詳しくは申込先消防本部へお問い合わせください。
- 講習修了後、患者等搬送乗務員適任証の交付を希望される方は、基礎講習受講申込先の消防本部に適任証交付申請の手続きをご確認ください。
- ※欄には、記入しないでください。

様式第3号

患者等搬送乗務員基礎講習

第 号

修了証

様

あなたは患者等搬送乗務員基礎講習を修了しました。

よってこれを証します。

年 月 日

茨木市消防本部

消防長

印

様式第3号の2

患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）

第 号

修了証（車椅子専用）

様

あなたは患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）を修了しました。

よってこれを証します。

年 月 日

茨木市消防本部

消防長

印

様式第4号

特例認定申請書

年 月 日

茨木市消防長様

申請者

氏名

印

特例認定について、下記のとおり申請します。

記

のりづけ		ふりがな 氏名	年 月 日生
30mm 40mm 写 真		住 所 〒	電 話 : ()
勤務先	名 称		
	所 在 地	〒	電 話 : ()
※ 受付欄		※ 経過欄	

- (注) 1 患者等搬送乗務員基礎講習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を添付すること。
2 写真は、受講申請前6ヶ月以内に撮影した無帽、上半身、無背景の写真(3cm×4cm)で、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載すること。
3 ※印欄は記入しないこと。

様式第5号

消 毒 実 施 記 錄 票

様式第6号（その1）

患者等搬送事業者認定申請書	
年 月 日	
茨木市消防長様	
申請者 住 所	電話番号 氏 名 印
患者等搬送事業者認定について下記のとおり申請します。	
記	
事業所名	
所在地	〒 - 電話番号 ()
管理責任者 職・氏名	
認定種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
国土交通省 許可又は登録	<input type="checkbox"/> 一般乗用旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 特定旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 一般貸切旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 自家用有償旅客運送
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
※ 受付	
注 1 申請者は、国土交通省許可証若しくは免許状の申請者又は自家用有償旅客運送の登録申請の申請者と同様とすること 2 申請者が法人の場合、氏名欄には、その名称及び代表者氏名を記入すること 3 申請事業者名は、国土交通省の認可証等に記載されている事業所名を記入すること 4 □欄には、該当するものにレ印を付けること 5 ※欄には記入しないこと 6 必要な関係書類を添付すること 7 2部作成し、提出すること	

様式第6号(その2)

営業区域						
営業時間					料金	
患者等搬送用自動車台数			<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車台 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車台			
乗務員数	総数	名	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車 昼 名 夜 名			
			<input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 昼 名 夜 名			
制服			色			型式
年間営業実績件数			医療機関への通院			社会福祉施設への送迎
			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すること		
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すること		
			有・無	有の場合は行政機関名及び契約内容を記入すること		
その他の			会員数			会費

乗務員名簿

番号	氏名	年齢	患者等搬送乗務員適任証			
			適任証種別	適任証番号	交付年月日	備考
		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	

注 適任証種別欄は、下記の区分により記載すること

- ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車の乗務員・・・「1」
- 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車の乗務員・・・・・・・・・・・・「2」
- 提出時には、適任証の写し（表面及び裏面）を添付すること

様式第8号（その1）

患者等搬送用自動車届							
事業所名							
種 別	<input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 寝台・車椅子兼用車 <input type="checkbox"/> 車椅子専用車						
車両への取扱方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ						
禁止されている車両の装備	サイレン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	赤色灯	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
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	mm			
			幅	mm			
			高 さ	mm			
換気装置	有	・	無	冷房装置	有	・	無
暖房装置	有	・	無	通信装置別	電話・無線 ファクシミリ		
ストレッチャー等固定装置	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	ストレッチャー車椅子の収容台数			
ストレッチャーの大きさ	長さ	mm	幅	mm	高さ	mm	
消毒実施記録票の表示位置							
積載資器材							
品 名	数 量	品 名			数 量		

様式第8号 (その2)

患者等搬送用自動車外観図（写真添付）その1
(前 面)
(後 面)

患者等搬送用自動車外観図（写真添付）その2
(右側面)
(左側面)

患者等搬送事業調査書

事業所名			
所在地		電話番号 ()	
管理責任者職・氏名			
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	
調査項目		調査結果	
1 乗務員の資格要件			
2 1台あたりの乗務体制			
患者等搬送用自動車	(1) 緩衝装置		
	(2) 換気及び冷暖房装置		
	(3) 室内のスペース		
	(4) ストレッチャー等の固定		
	(5) 乗降を容易にする装置		
	(6) 通信、連絡装置		
	(7) 自動車検査証		
4 車両の外観			
5 車体の表示			
6 積載資器材			
7 消毒実施記録票の表示			
8 乗務員の服装			
9 認可等の取得			
10 パンフレット等の表示			
調査者	階級 氏名		印

注 認定事業内容欄には、認定申請書に記載されている事業内容を□欄にチェックすること

認定審査基準表

事業所名			
所在地	電話番号 ()		
管理責任者職・氏名			
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患者等搬送用自動車 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車		
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) ストレッチャー等の固定	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	
	(7) 自動車検査証	適・不適	
4 車両の外観	適・不適		
5 車体の表示	適・不適		
6 積載資器材	適・不適		
7 消毒実施記録票の表示	適・不適		
8 乗務員の服装	適・不適		
9 認可等の取得	適・不適		
10 パンフレット等の表示	適・不適		
備考			

注 認定事業内容欄には、認定申請書に記載されている事業内容を□欄にチェックすること

認定結果通知書

第 号
年 月
日 日

様

茨木市消防本部

消防長

年 月 日付で申請のあったことについては、下記により認定する。

記

事 業 所 名	
所 在 地	
管 理 責 任 者 ・ 職 氏 名	
認 定 番 号	
備 考	

問合せ先

茨木市消防本部救急管理課 担当 :

電話 ()

否認定結果通知書

第 号
年 月 日

様

茨木市消防本部

消防長

年 月 日付で申請のあったことについては、下記により認定しない。

記

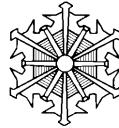
事 業 所 名	
所 在 地 又 は 、 住 所	
管 理 責 任 者 ・ 職 氏 名	
否 認 定 理 由	
特記事項 (教示) 1 この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内の間に限り、茨木市長に対して審査請求することができます。 2 処分の取消の訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、茨木市を被告（茨木市長が被告の代表者になります。）として提起することができます。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合は、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。	

問合せ先

茨木市消防本部救急管理課 担当：

電話 ()

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者認定証



第 号

患者等搬送事業者認定証

様

茨木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する。

1 所 在 地

2 名 称

3 有効期間

年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

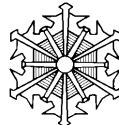
茨 木 市 消 防 本 部

消防長

印

様式第12号の2

車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証



第 号

患者等搬送事業者認定証
(車椅子専用)

様

茨木市消防本部が定める患者等搬送（車椅子専用）事業認定基準に適合している
と認定する。

1 所在地

2 名 称

3 有効期間

年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

茨木市消防本部

消防長

印

認定証等受領書

年 月 日

茨木市消防長 様

受 領 者
職・氏 名

印

下記事業所に係る認定証及び認定マーク等を受領いたしました。
なお、認定有効期限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、速やかに返納します。

記

所 在 地	電話番号 ()
名 称	
管 理 責 任 者 職 氏 名	
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 証 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
認 定 証 番 号	第 号

注 認定事業内容欄には、認定証に記載されている認定事業内容を□欄にチェックすること

修了証再交付申請書

年 月 日

茨木市消防長様

申請者

住 所

氏 名

印

下記の理由により修了証を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので、修了証の再交付について申請します。

記

事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日
修 了 証 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）
(理由)	
※ 受 付	

注 ※に記入しないこと

適 任 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

茨木市消防長 様

申請者

住 所

氏 名

印

下記の理由により適任証を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので、適任証の再交付について申請します。

記

事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
適任証取得年月日	年 月 日
適 任 証 区 分	<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）
(理由)	
※ 受 付	

- 注 1 写真（申請1ヶ月以内に撮影した無帽、上半身、無背景、横30mm×縦40mmのもので、その裏面に撮影年月日、氏名を記載したもの）を添えて申請すること
2 申請に係る適任証区分を□欄にチェックすること
3 ※には記入しないこと

患者等搬送事業認定証等再交付申請書

年 月 日

茨木市消防長 様

申請者 住 所

職・氏名

印

下記の証票を（亡失・滅失・汚損・破損）しましたので、再交付について申請します。

記

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
証票名	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
事業所名	
所在地	電話番号 ()
認定証交付年月日	年 月 日
(理由)	
※ 受付	
注 1 申請に係る必要な各項目の□欄にチェックすること 2 ※には記入しないこと	

業務内容変更届

年 月 日

茨木市消防長様

届出者 住 所

職・氏名

印

下記事業所について、認定内容に係る業務内容変更の届をいたします。

記

事業所名		
所在地	電話番号 ()	
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	
変更内容	<input type="checkbox"/> 事業所名 <input type="checkbox"/> 乗務員名簿	<input type="checkbox"/> 搬送自動車 <input type="checkbox"/> その他
(変更の詳細)		
※受付		

- 注 1 届け出に係る必要な各項目の□欄にチェックすること
2 事業所名変更については、国土交通省の認可証等を添付すること
3 認定事業内容の変更については、新たに認定申請が必要となります
4 ※には記入しないこと

患 者 等 搬 送 事 業 廃 止 届

年 月 日

茨木市消防長 様

届出者 住 所

職・氏名 印

下記事業所について、認定内容の業務を廃止しましたので届をいたします。

記

事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
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
返 納 認 定 証 等	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
返 納 不 能 認 定 証 等	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
返 納 不 能 理 由	
※ 受 付	

- 注 1 認定事業内容欄には、認定事業内容を□にチェックすること
2 返納認定証等欄に記載されている認定証等は全て返納すること
3 ※には記入しないこと

患者等搬送事業休止等届

年 月 日

茨木市消防長 様

届出者 住 所

職・氏名

印

下記の患者等搬送事業の運営状況を届をいたします。

記

事業所名		
所在地	電話番号 ()	
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	年 月 日	
運営状況	<input type="checkbox"/> 認定事業の運営休止 (休止日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 認定事業の運営再開 (開始日: 年 月 日)	
休止理由		
※受付		

- 注 1 届け出に係る必要な各項目の□欄にチェックすること
2 認定事業の休止又は運営再開した場合には、速やかに届けを提出すること
3 ※には記入しないこと

年　月　日	
茨木市消防長 様	
報告者 住 所	
職・氏名 印	
特異事案報告書	
事業所名	
所在地	電話番号 ()
管理責任者	
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
発生日時	年　月　日 (　曜)　時　分頃
発生場所	
乗務員氏名	
収容予定医療機関	
変更後の医療機関	
変更理由	
事案の概要	
対応措置	
※受付	
注 1 認定事業内容欄には、認定事業内容を□欄にチェックすること 2 認定事業者は、搬送業務を実施中、搬送業務の遂行に支障を及ぼす重大な事故等を発生させたときは、速やかに報告すること	

第 号
年 月
日

様

茨木市消防本部

消防長

認定取消通知書

標題について、下記の理由により茨木市消防本部が認定する患者等搬送事業者として不適当と認められるので、認定を取消します。

記

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
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
(理由)	
(教示) 1 この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内の間に限り、茨木市長に対して審査請求をすることができます。 2 処分の取消の訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、茨木市を被告（茨木市長が被告の代表者になります。）として提起することができます。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合は、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。	

問合せ先

茨木市消防本部救急管理課 担当：

電話 ()

第 号
年 月 日

様

茨木市消防本部

消防長

認定証等返納請求書

標題について、下記事業所に係る認定証等を速やかに返納するよう請求する。

記

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
(返納理由)	

問合せ先

茨木市消防本部救急管理課 担当 :

電話 ()

基礎講習受講(修了)者名簿

番号	受付年月日	申請者氏名 住所	年齢	勤務先名称	受講状況	講習種別	修了証交付 年月日及び番号	適任証交付 年月日及び番号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号
	年月日		歳				年月日 第号	年月日 第号

注 講習種別欄は、下記の区分により記載すること

- ストレッチャー及び車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車の乗務員講習・・・「1」
- 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車の乗務員講習・・・・・・・・・・・・「2」

乗務員講習修了者等原簿

ふりがな 氏名	年 月 日 生		
住所	電話番号 ()		
講習種別	<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)		
修了証番号	第 号	講習修了 年月日	年 月 日
認定証番号	第 号	認定 年月日	年 月 日
経過	乗務員基礎講習経過		
定期講習受講経過			
年 月 日	受講消防本部	年 月 日	受講消防本部
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	
年 月 日		年 月 日	
備考			

注 講習種別欄には、修了した講習の種別を□欄にチェックすること

様式第24号

定期講習受講（修了）者名簿

講習日 年 月 日

特 例 認 定 者 名 簿

修了証再交付簿

番号	申請年月日	申請者氏名	再交付年月日	講習種別	備考
	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		
	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		

注 講習種別欄は、患者等搬送乗務員基礎講習の種別を下記の区分により記載すること

○患者等搬送乗務員基礎講習・・・・・・・・・・・・「1」

○患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）・・・・「2」

適 任 証 再 交 付 簿

番 号	申 請 者 氏 名	申 請 年 月 日	適任証 種 別	適任証 番 号
	申 請 者 住 所	再 交 付 年 月 日		
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号

注 適任証種別欄は、患者等搬送乗務員適任証の種別を下記の区分により記載すること

- 患者等搬送乗務員 · · · · · · · · · · 「1」
- 患者等搬送乗務員（車椅子専用） · · · · 「2」

患者等搬送事業者申請受理簿

番号	区分		事業所名			備考
	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				
	所在地	電話番号 ()				
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定・否認定		
番号	区分		事業所名			備考
	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				
	所在地	電話番号 ()				
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定・否認定		
番号	区分		事業所名			備考
	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				
	所在地	電話番号 ()				
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定・否認定		
番号	区分		事業所名			備考
	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				
	所在地	電話番号 ()				
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定・否認定		
番号	区分		事業所名			備考
	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				
	所在地	電話番号 ()				
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定・否認定		

注1 区分欄には、認定の申請、再交付、更新及び取消等の別を記入すること

注2 事業内容欄には、認定申請書に記載されている事業内容を□欄にチェックすること

認定番号	管轄署	事業所名		管理責任者
認定年月日				
	所在地			電話番号
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			
認定番号	管轄署	事業所名		管理責任者
認定年月日				
	所在地			電話番号
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			
認定番号	管轄署	事業所名		管理責任者
認定年月日				
	所在地			電話番号
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			
認定番号	管轄署	事業所名		管理責任者
認定年月日				
	所在地			電話番号
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			
認定番号	管轄署	事業所名		管理責任者
認定年月日				
	所在地			電話番号
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			

注 認定事業内容欄には、認定申請書に記載されている事業内容を□欄にチェックすること

様式第30号

認定事業者台帳

事業所名		認定年月日	年月日
所在地		認定番号	
管理責任者 職・氏名		連絡先	
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		
更新年月日	認定番号	更新年月日	認定番号
年月日		年月日	
年月日		年月日	
年月日		年月日	
経過	年月日		
	年月日		
備考			

注 認定事業内容欄には、認定申請書に記載されている事業内容を□欄にチェックすること

年 第 月 日 号

大阪府下消防長会
会長 殿茨木市消防本部
消防長

患者等搬送事業者の認定等報告書

標題について、患者等搬送事業者の認定等に伴う事項を、平成2年5月8日付、府消会第8号「大阪府下統一の申し合わせ事項」に基づき、報告いたします。

記

報 告 種 別	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 事業の休止 <input type="checkbox"/> 認定の失効 <input type="checkbox"/> 認定の取消し
消 防 本 部 名	
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	年 月 日
認 定 番 号	第 号
認 定 事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
管 理 責 任 者 職 氏 名	
国 土 交 通 省 許 可 又 は 登 録	<input type="checkbox"/> 一般乗用旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 特定旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 一般貸切旅客自動車運送業 <input type="checkbox"/> 自家用有償旅客運送
患者等搬送用自動車 保有台数	<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 台 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車 台
患者等搬送乗務員 適任証保有者数	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任証 名 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用） 名
※ 受 付	

注 1 各項目の□の欄には、該当するものにレ印を付けること
2 ※欄には記入しないこと

患者等搬送事業者搬送状況調（報告）

事業者名：

担当者：

連絡先（電話番号）

No	消防本部名	患者等搬送事業者の認定状況						備考
		会社数	事業所数			認定車両台数 (台)	搬送状況	
			うち※1	うち※2	うち※3		うち※4	車椅子専用
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
合 計								

(注) ※1 ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車のみを有する事業所

※2 車椅子のみを固定できる自動車のみを有する事業所

※3 ※1 及び※2のいずれも有する事業所

※4 医療機関から医療機関までの搬送（医療従事者の同乗の有無は問わず）