

講 習 受 講 申 請 書

年 月 日		
(あて先) 石狩北部地区消防事務組合 消防長		
申請者 住 所 氏 名 ㊟		
乗務員講習を受講したいので、下記のとおり申請いたします。 記		
受講区分	乗務員資格講習 ・ 乗務員定期講習 ・ その他の講習 患者等搬送乗務員 ・ 患者等搬送乗務員 (車椅子専用)	
本 籍	写 真	
住 所		
ふりがな 氏 名		
性 別		
生年月日	年 月 日生 年 月 日撮影	
事業所名	所在地	石狩市・当別町・新篠津村
	名 称	電話番号 ()
※受付欄	※ 経 過 欄	

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 写真は、受講申請3ヶ月以内に撮影した、正面、上半身、脱帽(縦4cm×横3cm)のものとする。
- 3 写真は受講申請書に貼付する他、乗務員資格講習申請者については2枚、乗務員資格講習以外の講習申請者については1枚を添付するものとする。
- 4 写真の裏面に氏名を記入すること。
- 5 ※印欄には記入しないこと。

受講整理票

受講番号	第 号	受付年月日	年 月 日
受講区分	乗務員資格講習 ・ 乗務員定期講習 ・ その他の講習		
	患者等搬送乗務員 ・ 患者等搬送乗務員（車椅子専用）		
本籍			写真
住所			
ふりがな 氏名			
性別	男 ・ 女		
生年月日	年 月 日生		年 月 日撮影
事業所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村	
	名称	電話番号（ ）	
講習日時	年 月 日 時 分から		
	年 月 日 時 分まで		
講習場所			
※ 経 過 欄			


備考

- 1 この受講整理票は、講習当日持参し受け付けに提出するものとする。
- 2 写真は、受講申請3ヶ月以内に撮影した、正面、上半身、脱帽(縦4cm×横3cm)のものとする。
- 3 ※印欄には記入しないこと。


様式3(第5条関係)

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 ※2年ごとに定期講習を受講することによって適任証は継続する。</p>	<div style="text-align: center;">  <p>患者等搬送乗務員 適任証</p> <p>石狩北部地区消防事務組合消防本部</p> </div>
200mm	
(注) 地色は水色とし、文字は黒色とする。	

内側


(第1面)	(第2面)																								
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">写真</p> <div style="text-align: center;">  <p>押し出しスタンプ(石狩北部地区消防事務組合)</p> </div> </div> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する</p> <p style="text-align: center;">石狩北部地区消防事務組合 消防長</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">再講習受講欄</th> </tr> <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> <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> </table>	再講習受講欄				年月日	実施本部	年月日	実施本部																
再講習受講欄																									
年月日	実施本部	年月日	実施本部																						
200mm																									
70mm																									

注 写真は縦40mm、横30mmとし背景は白で顔全体が写っていること。

様式3の2(第5条関係)

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 ※2年ごとに定期講習を受講することによって適任証は継続する。</p>	 患者等搬送乗務員 適任証 (車椅子専用) 石狩北部地区消防事務組合消防本部
200mm	
70mm	

(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)																				
<p style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">(ふりがな) 氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日生</p> <p style="text-align: center;">本籍 年 月 日交付</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 石狩北部地区消防事務組合 消防長</p>	<p style="text-align: center;">再 講 習 受 講 欄</p> <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> <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																		
200mm																					
70mm																					

注 写真は縦40mm、横30mmとし背景は白で顔全体が写っていること。

特 例 適 任 者 申 請 書

年 月 日		
(あて先) 石狩北部地区消防事務組合 消防長		
申請者 住 所 氏 名		
⑩		
患者等搬送事業における特例適任者として下記により申請いたします。 記		
区 分	患者等搬送乗務員 ・ 患者等搬送乗務員 (車椅子専用)	
本 籍		
住 所	電話番号 ()	
ふりがな 氏 名		
性 別	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日生	
年 月 日撮影		
勤 務 事 業 所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村
	名 称	電話番号 ()
※受付欄	※ 経 過 欄	

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 消防機関が行う講習を受講した者と同等以上の者と認められる資格を証明するものの写しを付帯すること。
- 3 写真は、受講申請3ヶ月以内に撮影した、正面、上半身、脱帽(縦4cm×横3cm)のものとする。
- 4 写真の裏面に氏名を記入すること。
- 5 ※印欄には記入しないこと。

適任証 (認定証等) 再交付申請書

年 月 日		
(あて先) 石狩北部地区消防事務組合 消防長		
申請者 住 所 氏 名		
⑩		
下記の理由により、適任証 (認定証等) を再交付申請をいたします。		
記		
事業所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村
	名称	電話番号 ()
交付番号・年月日	第 号	年 月 日交付
再交付申請をする認定証等の種別	<ul style="list-style-type: none"> ・患者等搬送事業者認定証 ・患者等搬送乗務員適任証 ・患者等搬送乗務員適任証 (車椅子専用) ・患者等搬送事業者認定マーク ・患者等搬送事業者認定マーク (車椅子専用) ・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 (車椅子専用) 	
理由		
※受付欄	※ 経 過 欄	

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 ※印欄には記入しないこと。

様式6(その1)(第7条関係)

患者等搬送事業認定(更新)申請書

		年 月 日
(あて先) 石狩北部地区消防事務組合 消防長		
		申請者 住 所 氏 名
		⑩
患者等搬送事業の認定(更新)について、下記のとおり申請いたします		
記		
事業所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村
	名称	電話番号()
	管理責任者 職・氏名	職 氏名
道路運送法に定める 免許等	・免許等種別 ・免許等番号	
事業開始年月日	年 月 日	
搬送事業の内容		
※ 受付欄	※ 経 過 欄	

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 ※印欄には記入しないこと。

様式6(その2)(第7条関係)

事業区域			
事業時間	時分から時分までの時間体制		
料金			
事業実績	病院への通院	回	人
	病院への入院	回	人
	病院からの退院	回	人
	病院から病院への転院	回	人
	老人ホーム等への送迎	回	人
	観光等の目的による搬送	回	人
	入浴等の福祉搬送	回	人
	感染症等患者の搬送	回	人
	その他	回	人
搬送自動車台数	・ワゴンタイプ 台 ・ライトバンタイプ 台 ・その他のタイプ 台		
乗務員数	昼間 名、夜間 名、合計 名		
搬送時の服装	色彩	形状	
事業案内用パンフレット等の有無	有 ・ 無	有の場合は、案内用パンフレット等を添付すること。	
特定機関(病院を含む)との契約の有無	有 ・ 無	契約機関名	
会員制の有無	有 ・ 無	会員数 世帯(名)	
		会費	

備考

- この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。

乗 務 員 名 簿

21

番号	氏名	年齢	性別	乗務員適任証			定期講習受講状況	運転手 については○ 印
				交付番号	交付年月日	適任証の種類		
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	
		才	男・女	第 号	年 月 日	<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)	年 月 日受講済	

備考 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
 2 定期講習受講状況欄は、受講日の一番新しいものを記載すること。

様式8(その1) (第7条関係)

患者等搬送用自動車台帳

車種(形状)		車両番号	
定員		名	塗色
患者等収納スペース			
長さ	mm	幅	高さ mm
装 備			
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	ストレッチャーの患者固定用ベルト	有 ・ 無
冷房装置	有 ・ 無	ストレッチャー規格	長さ mm ・ 幅 mm ・ 高さ mm
通信装置	有 ・ 無	有	業務用無線・携帯電話・その他 ()
		無	緊急時の連絡体制
消毒票の表示位置			
積 載 資 器 材			
品名	数	品名	数

備考

- この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。

車両写真

(前面)

(後面)

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 写真の大きさは、サービス判のカラー写真とする。

車両写真

(右側面)

(左側面)

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 写真の大きさは、サービス判のカラー写真とする。

搬送業務時の服装

(前面)

(後面)

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 写真の大きさは、サービス判のカラー写真とする。

様式9（第7条関係）

患者等搬送事業認定（更新）審査票				
下記患者等搬送事業の審査を行った結果、指導基準に （ 適合 ・ 不適合 ） なので報告します。		審査実施者	年 月 日	
			印	
事業所	事業所名	電話（ ）		
	所在地	石狩市・当別町・新篠津村		
	管理責任者・職氏名	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	適合・不適合		
2	1台あたりの乗務体制	適合・不適合		
3	患者等搬送用自動車	(1) 緩衝装置	適合・不適合	
		(2) 換気及び冷暖房装置	適合・不適合	
		(3) 室内のスペース	適合・不適合	
		(4) ストレッチャー、車椅子の固定	適合・不適合	
		(5) 乗務を容易にする装置	適合・不適合	
		(6) 通信、連絡装置	適合・不適合	
4	車両の外観	適合・不適合		
5	積載資器材	適合・不適合		
6	車両・資器材の消毒体制	適合・不適合		
7	乗務員の服装	適合・不適合		
8	パンフレット等の表示	適合・不適合		
9	道路運送法の許可、登録の状況	適合・不適合		
備考				

認定証等交付書

石北消警備第 号
年 月 日

様

石狩北部地区消防事務組合 消防長

年 月 日付けの認定(更新)申請について、患者等搬送事業指導基準に適合していると認めるので、認定証等を下記のとおり交付します。

記

認定事業所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村		
	名称	電話番号 ()		
	管理責任者 職・氏名	職	氏名	
交付日時	年 月 日 時 分から			
交付場所				

認定証等受領書

次の認定証等を確かに受領しました。

- ・ 患者等搬送事業者認定証 枚
- ・ 患者等搬送事業者認定マーク 枚
- ・ 患者等搬送事業者認定マーク(車椅子専用) 枚
- ・ 患者等搬送用自動車認定マーク 枚
- ・ 患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用) 枚

なお、患者等搬送事業指導基準に不適合として、貴職から返還を求められた場合は、速やかに返納いたします。

受領者 職 氏名 印

問い合わせ
石狩北部地区消防事務組合
消防本部 警備課
電話番号 ()

様式11 (第7条関係)

認定不適合通知書

石北消警備第 号
年 月 日

様

石狩北部地区消防事務組合 消防長

年 月 日付けの認定(更新)申請について、下記理由により
認定しないので通知します。

記

事業所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村
	名称	電話番号 ()
	管理責任者 職・氏名	職 氏名
認定 不 適 合 理 由		

問い合わせ
石狩北部地区消防事務組合
消防本部 警備課
電話番号 ()

第 号

患者等搬送事業者認定証

様

石狩北部地区消防事務組合が定める患者等搬送事業指導基準に適合していると認めるので、下記のとおり認定する。

記

所在地

名称

認定有効期間

年 月 日から
年 月 日まで

年 月 日

石狩北部地区消防事務組合 消防長

印

様式13 (第8条関係)

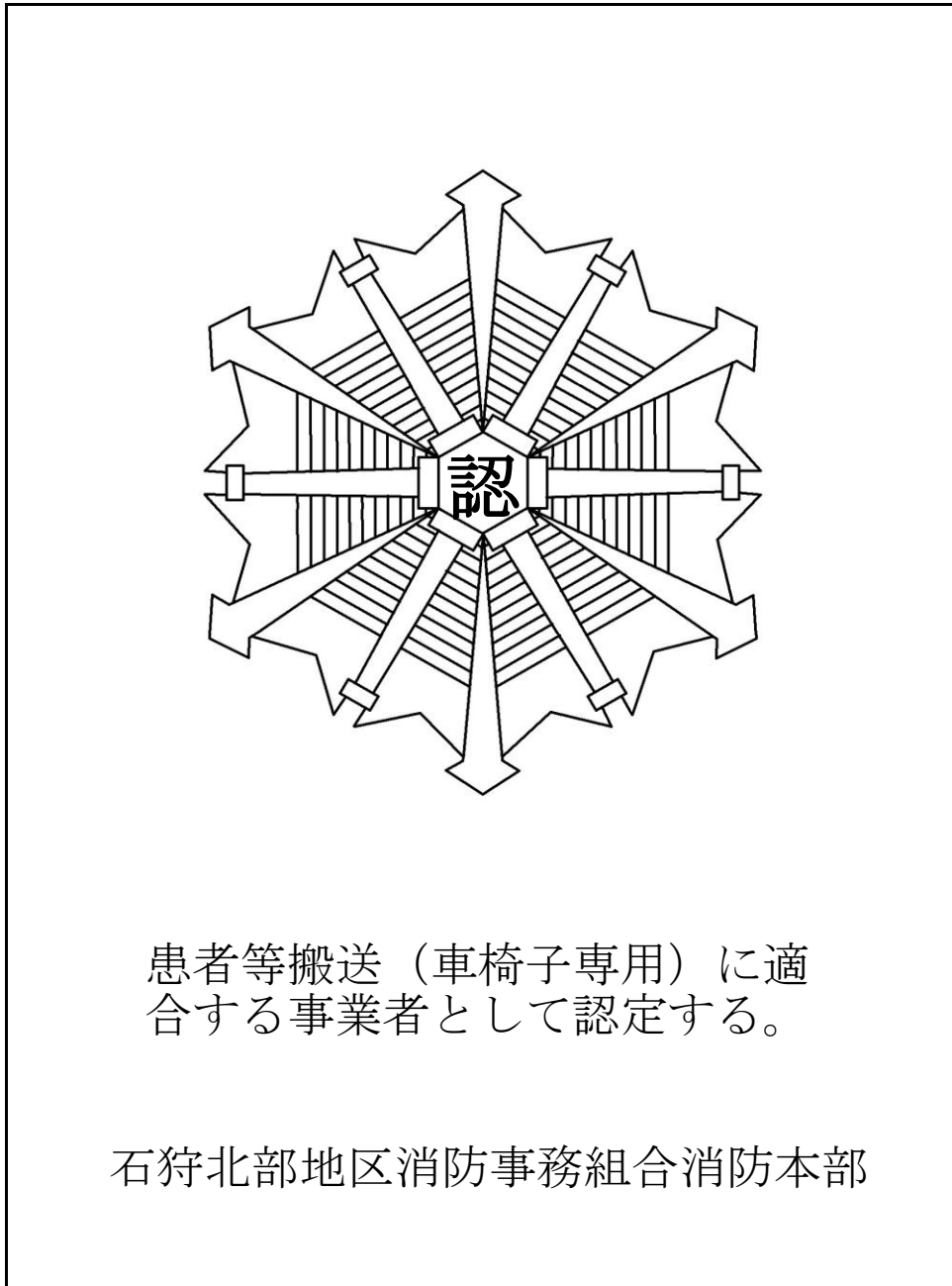
患者等搬送事業者認定マーク



- 地・・・・・・緑色、文字・・・・・・黒色、マーク・・・・・・金色
- 横 23.7cm、縦36cm

様式13の2 (第8条関係)

患者等搬送事業者 (車椅子専用) 認定マーク



○ 地 ピンク色、文字 黒色、マーク 金色

○ 横 23.7cm、縦36cm

様式14 (第8条関係)

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・・・緑色、文字・・・黒色、マーク・・・金色
- 直径・・・9 c m

様式14の2 (第8条関係)

患者等搬送用自動車(車椅子専用)認定マーク



患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用)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・・・ピンク色、文字・・・黒色、マーク・・・金色
- 直径・・・9cm

患者等搬送事業者認定取消 (失効) 通知書

石北消警備第 号
年 月 日

様

石狩北部地区消防事務組合 消防長

年 月 日付け、第 号による患者等搬送事業の認定について、
下記により認定を取り消す (認定が失効した) ので通知します。なお、認定証等を速
やかに返還するように請求します。

記

取 消 事 業 所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村
	名称	電話番号 ()
	管理責任者 職・氏名	職 氏名
取 消 （ 失 効 ） 理 由		

問い合わせ
石狩北部地区消防事務組合
消防本部 警備課
電話番号 ()

認定証等返納書

年 月 日

(あて先)

石狩北部地区消防事務組合 消防長

返納者

住 所

事業者名

職・氏名

㊞

年 月 日付け、石北消警備第 号の通知に基づき、交付を受けていた下記の認定証等を返納いたします。

記

返納する認定証等

認定証等の種類	返納数
患者等搬送事業者認定証	枚
患者等搬送事業者認定マーク	枚
患者等搬送事業者（車椅子専用）認定マーク	枚
患者等搬送用自動車認定マーク	枚
患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク	枚
※受付欄	※経過欄

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 ※印欄には記入しないこと。

様式17 (第16条関係)

患者等搬送事業者調査票										
下記患者等搬送事業の調査を行った結果、認定基準に (適合・不適合)なので報告します。							調査実施者	年 月 日		
								印		
事業所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村								
	名称	電話番号 ()								
	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)								
調査	1	道路運送法免許等の取得	種類	番号						
	2	前年の事業実績	総搬送状況		医師等同乗状況		応急処置の数			
			通院搬送	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人
			入院搬送	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人
			退院搬送	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人
			病院から転院	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人
			老人ホーム等の送迎	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人
			観光目的の搬送	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人
			入浴等福祉搬送	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人
	感染等患者の搬送	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人		
	その他の搬送	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人	回 人		
3	乗務員数	名 (内有効期間内にある適任証交付者数 名)								
4	乗務員体制									
5	搬送自動車	車両台数	ワゴンタイプ 台・ライトバンタイプ 台・その他 台・計 台							
		患者等収容スペース								
		定員								
		換気冷暖房装置								
		ストレッチャー等	固定装置 () ・大きさ () ・患者固定用ベルト ()							
6	緊急時の連絡装置									
7	サイレン又は赤色灯等緊急自動車としての装置はしていないか	<input type="checkbox"/> している		<input type="checkbox"/> していない						
8	患者等搬送用自動車である旨の表示がされているか	<input type="checkbox"/> されている		<input type="checkbox"/> されていない						
9	1	呼吸管理用資器材	<input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> ポケットマスク							
	2	保温用資器材	<input type="checkbox"/> 敷物 <input type="checkbox"/> 毛布							
	3	搬送用資器材	<input type="checkbox"/> ストレッチャー(担架) <input type="checkbox"/> 枕							
	4	創傷用資器材	<input type="checkbox"/> 三角巾 <input type="checkbox"/> ガーゼ <input type="checkbox"/> 包帯 <input type="checkbox"/> タオル <input type="checkbox"/> 絆創膏							
	5	消毒用資器材	<input type="checkbox"/> 噴霧消毒器 <input type="checkbox"/> 消毒薬							
	6	その他の資器材	<input type="checkbox"/> はさみ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> ピンセット <input type="checkbox"/> 手袋 <input type="checkbox"/> 膿盆汚物入							
	7		<input type="checkbox"/> 体温計 <input type="checkbox"/> AED							
10	応急処置に必要な資器材が積載されているか	<input type="checkbox"/> されている		<input type="checkbox"/> されていない						
11	搬送業務にふさわしい服装を使用しているか	<input type="checkbox"/> している		<input type="checkbox"/> していない						
12	車両内に消毒実施状況が表示されているか	<input type="checkbox"/> されている		<input type="checkbox"/> されていない						
13	業務案内パンフレットに「救急業務を行う又は重症患者を扱う」等の表示がされていないか	<input type="checkbox"/> されている		<input type="checkbox"/> されていない						

患者等搬送報告書

年 月 日

(あて先)

石狩北部地区消防事務組合 消防長

届出者
住所
事業者名
職・氏名

㊟

年 月中における、患者等搬送状況について下記のとおり報告いたします。

記

搬送件数	件	搬送人員	人
医師同乗件数	件	看護師等同上件数	件
搬送種別状況		左記のうち医師等同乗件数	
病院への通院	件	人	件
病院への入院	件	人	件
病院からの退院	件	人	件
病院から病院への転院	件	人	件
老人ホーム等への送迎	件	人	件
観光等の目的による搬送	件	人	件
入浴等の福祉搬送	件	人	件
感染症等患者の搬送	件	人	件
その他の	件	人	件
利用者の状況			
車椅子を必要とした利用者数		人	
ストレッチャーを必要とした利用者数		人	
上記以外の利用者数		人	

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 搬送人員については、介護者及び付添等を除いた人員とする。

様式19 (その1) (第18条関係)

特 異 事 象 発 生 届 出 書

年 月 日

(あて先)

石狩北部地区消防事務組合 消防長

届出者

住 所

職・氏名

印

患者等搬送事業において、下記の特異事象が発生したので届出いたします。

記

認定事業所	所在地	石狩市・当別町・新篠津村
	名称	電話番号 ()
	管理責任者 職・氏名	職 氏名
発生日時	年 月 日 時 分頃	
発生場所		
乗務員	氏名 (運転手) 氏名	
※受付欄	※経 過 欄	

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 ※印欄には記入しないこと。

様式19（その2）（第18条関係）

特 異 事 象 の 発 生 概 要	
特 異 事 象 の 発 生 に 対 す る 対 応 （ 処 置 ） の 状 況	

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。

患者等搬送事業認定変更届出書

年 月 日		
(あて先) 石狩北部地区消防事務組合 消防長		
届出者 住 所 職・氏名		
⑩		
患者等搬送事業について、下記のとおり事業の内容を変更するので届出いたします。		
記		
認定事業所	交付番号・年月日	第 号 年 月 日
	所 在 地	石狩市・当別町・新篠津村
	名 称	電話番号 ()
	管 理 責 任 者 職 ・ 氏 名	職 氏名
変 更 期 日	年 月 日	
変 更 す る 内 容		
※受付欄	※経 過 欄	

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。
- 2 ※印欄には記入しないこと。

患者等搬送事業休止 (廃止) 届出書

年 月 日	
(あて先) 石狩北部地区消防事務組合 消防長	
届出者 住 所 職・氏名	
印	
患者等搬送事業について、下記のとおり事業を休止 (廃止) するので届出いたします。	
記	
	交付番号・年月日
	第 号 年 月 日
認定事業所	所 在 地
	石狩市・当別町・新篠津村
名 称	電話番号 ()
管 理 責 任 者 職 ・ 氏 名	職 氏名
休止 (廃止) 期日	年 月 日
休止 (廃止) する理由	
※受付欄	※経 過 欄

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 判とする。
- 2 ※印欄には記入しないこと。

適任証交付記録表

交付番号	交付年月日	住 所	氏名	所在地	適任証の種類	備考
				事業所名		
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	
第 号	年 月 日				<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)	

12

備考

1 再交付については、備考に「再交付」と朱書きすること。

認定証交付記録表

交付番号	交付年月日	所在地	事業所名	交付数量	備考
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	
第 号	年 月 日		電話 ()	事業者認定証 枚 事業所認定マーク 枚 自動車認定マーク 枚	

43

備考

1 再交付については、備考に「再交付」と朱書きすること。