

別記様式第3号（第5条関係）

患者等搬送乗務員講習受講申請書						
高知市消防長 様					年 月 日	
受講 申 請 者	写 真 欄 (写真裏面に氏 名の記入を願 いします。)	住 所				
			電 話	()		
		ふりがな				
		氏 名				
		生年月日	年	月	日生	
勤 務 場 所 (認定業者)	住 所					
	名 称					
	事業所の代表者					
	電 話					
受 講 別	<input type="checkbox"/> 適任者講習〔乗務員〕 <input type="checkbox"/> 適任者講習〔乗務員（車椅子専用）〕 <input type="checkbox"/> 定期講習					
受 講 欄	※	テ キ ス ト 料	等 納 入 欄	※	受 講 番 号	
<p>記入上の注意</p> <p>1 写真は、受講申請書提出前6か月以内に撮影したもの（正面向き、無帽、上三分身、無背景、サイズ縦40mm×横30mm）で、1枚を写真欄に貼り付け、1枚を申し込みの際持参すること。</p> <p>2 住所は、現に居住している住所の番地・号・マンション名・部屋番号まで正確に記入すること。</p> <p>3 ※欄は、記入しないこと。</p>						

別記様式第4号（第12条・20条関係）

患者等搬送乗務員適任証交付申請書			
高知市消防長 様			年 月 日
交付申請者	写真欄 (写真裏面に氏名の記入をお願いします。)	住所	
			電話 ()
		ふりがな	
		氏名	
		生年月日	年 月 日生
勤務場所 <small>(認定業者)</small>	住所		
	名称		
	事業所の代表者		
	電話		
資格別	<input type="checkbox"/> 救急救命士の資格を有する者及び消防法施行規則第51条に定める救急業務に関する講習課程を修了した者。 <input type="checkbox"/> 日本赤十字社の行う応急処置に関する講習を受けた者で、資格の有効期間内の者。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<p>記入上の注意</p> <p>1 写真は、受講申請書提出前6か月以内に撮影したもの（正面向き、無帽、上三分身、無背景、サイズ縦40mm×横30mm）で、1枚を写真欄に貼り付け、1枚を申し込みの際持参すること。</p> <p>2 住所は、現に居住している住所の番地・号・マンション名・部屋番号まで正確に記入すること。</p> <p>3 資格の証明できる書類の写しを添付すること。</p>			

別記様式第7号（第28条関係）

（その1）

患者等搬送事業認定（更新）申請書	
年 月 日	
高知市消防長 様	
申請者 住 所 職・氏名	
患者搬送事業の認定（更新）について、次のとおり申請いたします。	
事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
道路運送法による 許可種別及び番号	
認定種別	<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）
定款に定める 事業内容	
※ 受 付	

（注）

- 1 必要な関係書類を添付すること。
- 2 2部提出すること。
- 3 ※欄は、記入しないこと。

別記様式第7号（第28条関係）

（その2）

患者等搬送用自動車諸表							
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）						
車種（形式）		塗	色				
車両番号		定	員	人			
患者等収容部分の大きさ	長		さ	cm			
	幅		cm				
	高		さ	cm			
換気装置	有（ ）		冷暖房装置	有（ ）			
ストレッチャー等固定装置	有（ ）		乗降を容易にする装置	有（ ）			
車椅子固定装置	有（ ）		通信連絡装置	有（ ）			
ストレッチャーの大きさ	長さ	cm	高さ	cm	幅	cm	
消毒表の表示位置							
積 載 資 器 材							
品 名		数 量		品 名		数 量	

別記様式第7号（第28条関係）

（その4）

車 両 写 真 添 付 用 紙

（前面）

（後面）

車 両 写 真 添 付 用 紙

(右側面)

(左側面)

患者等搬送事業

認定（不認定）審査結果通知書

第 年 月 日 号

様

高知市消防長

年 月 日付で申請のあったこのことについては、下記により
認定する。
認定しない。

事業所名	
所在地	
管理責任者 職氏名	
認定番号	
有効期限	
不認定理由	

患者等搬送事業認定（更新）書変更届

年 月 日

高知市消防長 様

申請者
住 所
氏 名

下記の事業所について、業務内容変更の届けをいたします。

記

事業所名	
所在地	電話 ()
(変更内容)	
※ 受 付	

(注)

※欄は、記入しないこと。

患者等搬送事業休止・廃止届

年 月 日

高知市消防長 様

申請者
住 所
氏 名

下記の事業について、業務を休止・廃止しましたので届けをいたします。

記

事業所名	
所在地	電話 ()
休止・廃止事業	
休止の期間	
※ 受 付	

(注)

※欄は、記入しないこと。

年 月 日

高知市消防長 様

申請者
住 所
職・氏名

患者等搬送業務事故報告書

事業所	
所在地	電話 ()
管理責任者	
発生日時	年 月 日 (曜日) 時 分頃
発生場所	
乗務員氏名	
事故概要及び 対処処置	
収容予定 医療機関	
変更後の 医療機関	
変更理由	

事
故
の
概
要

対
応
処
置

別記様式第 12 号 (第 39 条関係)

<p>患者等搬送事業者認定マーク等再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>高知市消防長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 職・氏名</p>	
事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
認定種別	<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)
認定証番号	
認定(交付)日	
再交付物品名	
※ 受 付	

(注) ※欄は, 記入しないこと。

第 年 月 日 号

様

高知市消防長

患者等搬送事業者認定マーク返納通知書

下記事業所に係る患者等搬送事業者認定マークを速やかに返納するよう求めます。

記

事業所名	
所在地	
返納理由	