

○浜松市患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱

平成 22 年 4 月 1 日

(目的)

第 1 条 この要綱は、民間による患者等の搬送事業者に対し、必要な指導を行うとともに、一定の基準に適合する搬送事業者に認定を行い、患者等の生命及び身体の安全を図るため、必要な事項を定める。

(用語の意義)

第 2 条 この要綱における用語の意義は、次に定めるところによる。

- (1) 患者等 寝たきり者、身体障害者、傷病者その他の搬送に緊急性を必要としないものをいう。
- (2) 患者等搬送事業 医療機関への患者等の入退院、通院、転院及び社会福祉施設その他類似施設への患者等の搬送に際し、ベッド等を備えた搬送用自動車（以下「患者等搬送用自動車」という。）及び固定できる車椅子のみを備えた搬送用自動車（以下「患者等搬送用自動車（車椅子）」という。）により患者等の搬送を実施する事業をいう。
- (3) 患者等搬送事業者 患者等搬送事業を行う者で第 15 条第 4 項に規定する認定証の交付を受けているものをいう。
- (4) 乗務員 患者等搬送事業者のもとで患者等搬送用自動車及び患者等搬送用自動車（車椅子）に乗務し、当該搬送業務に従事する者をいう。

(指導基準)

第 3 条 患者等搬送事業者は、次に定める指導基準を誠実に履行しなければならない。

- (1) 患者等からの通報の適正処理及び患者等の搬送技能の向上に努めること。
- (2) 搬送に緊急性を必要としない者を対象とすること。
- (3) 事業の社会的責任を十分自覚し、関連法規を遵守すること。

(消防機関との連携)

第 4 条 患者等搬送事業者は、次の各号の一に該当する場合又は該当するに至った場合は、消防機関に通報し、救急自動車を要請しなければならない。

- (1) 患者等からの要請時点において、緊急に医療機関へ搬送が必要であると判断した場合
- (2) 患者等の収容場所に到着後、症状及び周囲の状況から緊急に医療機関へ搬送することが必要であると判断した場合
- (3) 搬送中の患者等の症状が悪化し、緊急に医療機関へ搬送することが必要であると判断した場合

(乗務員の要件)

第5条 乗務員は満18歳以上の者で、次の各号のいずれかに該当するものでなければならない。

- (1) 患者等搬送乗務員適任証(様式第1号又は様式第1号の2。以下「適任証」という。)の交付を受けているもの。
 - (2) 別表第1に掲げる者と同等以上の知識及び技術を有する者として消防長が認め、適任証の交付を受けているもの(以下「特例適任者」という。)
- (適任証の携行)

第6条 乗務員は患者等搬送事業に従事するときは、適任証を携帯しなければならない。

(知識及び技術の維持管理)

第7条 患者等搬送事業者は、乗務員の患者等の安全搬送に関する知識及び技術の向上に努めなければならない。

2 乗務員は、2年に1回以上、第13条に定める患者等搬送乗務員再講習を受けなければならない。

(運行体制)

第8条 患者等搬送事業者は、患者等搬送用自動車1台につき2人以上の乗務員をもって搬送業務を行わなければならない。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合には、乗務員を1人とすることができる。

- (1) 退院等を目的とした運行をする場合
- (2) 医師又は看護師が同乗する場合

2 患者等搬送事業者のうち、患者等搬送用自動車(車椅子)を用いて搬送業務を実施する場合は、1台につき1人以上の乗務員をもって当該業務を行わなければならない。ただし、搬送中に容態急変その他乗務員の増員の可能性が予測される場合については、その対応に必要な乗務員数とする。

(患者等搬送用自動車の要件)

第9条 患者等搬送用自動車は、次の各号に掲げる構造及び設備を有するものとする。

- (1) 十分な緩衝装置を有すること。
- (2) 十分な換気及び冷暖房の装置を有すること。
- (3) 乗務員が業務を実施するために必要なスペースを有すること。
- (4) ストレッチャー及び車椅子その他必要な設備を使用したまま確実に固定できる構造であること。
- (5) 携帯が可能な通信機器等、連絡に必要な設備を有すること。
- (6) 別表第2に掲げる資器材を有すること。

2 患者等搬送用自動車(車椅子)は、前項第1号から第3号まで及び第5号に掲げる構造及び設備とするほか、次のものを有するものとする。

- (1) 車椅子を使用したまま確実に固定できる構造であること。
- (2) 車椅子の乗降を安全、確実及び容易にするための装置を有すること。
- (3) 別表第2の2に掲げる資器材を有すること。

3 患者等搬送用自動車及び患者等搬送用自動車（車椅子）（以下「患者等搬送用自動車等」という。）の外観は、次の各号に適合するものでなければならない。

- (1) 車体には、患者等搬送用自動車等である旨の表示を別図第1より行うこと。
- (2) サイレン又は赤色警告灯を装備するなど、救急自動車とまぎらわしい外観を呈していないこと。

（消毒の実施要領等）

第10条 患者等搬送用自動車等及び積載資器材の消毒は、次により行うほか、別表第3に定める消毒の実施要領のとおりとする。

- (1) 定期消毒 毎月1回以上
- (2) 搬送後消毒 毎使用後
- (3) その他の消毒 医師からの指示があった場合

2 前項による消毒を実施したときは、消毒実施記録票（様式第2号）に記録し、患者等搬送用自動車等の見やすい場所に表示しておかなければならない。なお、消毒実施記録票の保存期間は1年間とする。

（衛生及び安全管理）

第11条 患者等搬送用自動車等及び積載資器材は、点検整備を確実に行之、常に清潔の保持に努めるものとする。

2 乗務員の服装は、搬送業務にふさわしいものとし、常に清潔の保持に努めるものとする。

（事業案内）

第12条 患者等搬送事業者は、パンフレット等の事業案内にあたり、救急隊と同レベルの活動ができるかのような表現又は記載をしてはならない。

（乗務員の講習等）

第13条 消防長は、搬送乗務員基礎講習及び搬送乗務員再講習（以下「基礎講習等」という。）を実施するものとする。

- (1) 基礎講習等を受けようとする者は、講習受講申請書（様式第3号）により申請し、申請の際、受講日時その他必要な事項の指定を受けるものとする。
- (2) 搬送乗務員基礎講習の修了考査を合格した者は、修了証（様式第4号又は様式第4号の2）及び適任証の交付を受けるとともに、講習受講（修了）者名簿（様式第5号）に氏名を記載するものとする。

(3) 搬送乗務員再講習を修了した者の適任証の再講習受講欄には、当該受講年月日を記載するとともに、再講習受講(修了)者名簿(様式第6号)に氏名を記載するものとする。

2 特例適任を受けようとする者は、特例適任者申請書(様式第7号)により申請し、基礎講習を修了者と同等以上の知識及び技術を有すると消防長に認められた場合には適任証の交付を受けるとともに、特例適任者名簿(様式第8号)に氏名を記載するものとする。

3 基礎講習等は、別表第4及び別表第5により実施するものとする。

(講習の委託)

第14条 消防長は、基礎講習等の一部を他の団体に委託することができる。

(認定基準等)

第15条 患者等搬送事業者は、道路運送法(昭和26年法律第183号)に定める次の各号いずれかの許可書若しくは免状又は登録証を取得しているものとする。

(1) 一般乗用旅客自動車運送事業

(2) 一般貸切旅客自動車運送事業

(3) 特定旅客自動車運送事業

(4) 自家用有償旅客運送

2 患者等搬送事業の認定を受けようとする者は、患者等搬送事業認定(更新)申請書(様式第9号)に乗務員名簿(様式第10号)及び患者等搬送用自動車届(様式第11号)を添えて消防長に申請するものとする。

3 消防長は、認定審査基準表(様式第12号)により審査を行い、その結果を認定(否認)結果通知書(様式第13号)により申請者に通知し、認定事業者台帳(様式第14号)に記載しておくものとする。

4 消防長は、認定審査基準に適合した前項の申請者に対し、患者等搬送事業者認定マーク(別図第2又は別図第2の2)、患者等搬送用自動車認定マーク(別図第3又は別図第3の2)及び認定証(様式第15号又は様式第15号の2)を交付するものとする。

5 消防長は、前項の認定証及び認定マークの交付の際、当該申請者から認定証等受領証(様式第16号)を徴するものとする。

(認定の有効期間)

第16条 認定の有効期間は、認定を受けた日から起算して2年とする。ただし、次条に定める有効期間の更新が行えるものとする。

(認定の有効期間の更新)

第17条 認定の有効期間の更新を受けようとする者は、当該認定の期間の満了する日の1ヵ月前から当該期間が満了する日までの間に申請しなければならない

らない。

- 2 認定の有効期間の更新の事務処理については第15条の規定を準用する。
(認定証等の再交付)

第18条 認定証、修了証又は適任証を亡失し、滅失し、汚損し、又は破損したときは、認定証等再交付申請書(様式第17号)により申請するものとする。

- 2 消防長は、再交付申請書の内容を審査のうえ認定事業者台帳を整理し、認定事業者に再交付するものとする。
(事業内容の変更)

第19条 患者等搬送事業者は、患者等搬送事業認定申請書の内容と変更が生じた場合は、業務内容変更届(様式第18号)により消防長に届け出るものとする。

- 2 消防長は、業務内容変更届に基づき、変更内容を確認後、認定事業者台帳を整理するものとする。
- 3 患者等搬送事業者は、患者等搬送事業の全部若しくは一部を休止したときは、速やかに消防長に届け出なければならない。
(認定の取消等)

第20条 消防長は、次の各号の一に該当するときは、認定を取り消すことができる。

- (1) 患者等搬送事業者が指導基準を遵守しないとき。
- (2) 業務の遂行に支障を及ぼす重大な事故を発生させたとき。
この場合、患者等搬送事業者は、特異事案報告書(様式第19号)により直ちに消防長に報告をしなければならない。
- (3) その他認定を継続することが不相当と消防長が判断するとき。

2 消防長は、前項の規定により認定を取消したときは、患者搬送事業者に対して認定取消通知書(様式第20号)により通知するものとする。

- 3 消防長は、取消しの決定をしたときは、患者等搬送事業認定簿の当該事業所欄を抹消するものとする。
(認定証等の返納)

第21条 患者搬送事業者は、次の各号の一に該当するときは、遅滞なく認定証等を返納しなければならない。

- (1) 患者等搬送事業を廃止したとき。
なお、認定事業者は患者等搬送事業を廃止したときは遅滞なく患者等搬送事業廃止届(様式第21号)により届け出なければならない。
- (2) 第15条に定める許可書若しくは免状又は登録証が取消され、又は失効したとき。
- (3) 患者搬送事業者の認定を取消されたとき。

- (4) 認定の更新申請をせず、認定の有効期間が満了したとき。
- (5) 認定証の再交付を受けた場合において、亡失した認定証を発見し、又は回収したとき。

2 消防長は、前項の認定証等の返納が行われない場合は、認定証等返納請求書(様式第22号)により認定証等の返納を求めるものとする。

(患者搬送事業者への指導)

第22条 消防長は、年1回以上、患者搬送事業者の認定基準の履行状況を調査するものとする。

2 消防長は、前項の調査結果により不適事項が認められたときは、認定基準に適合するよう指導するものとする。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

別表第 1(第 5 条関係)

消防機関の行う適任者講習を修了した者と同等以上の知識及び技能を有する者

	分類
1	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。
2	日本赤十字社の行う応急処置に関する講習（救急員養成講習会）を受けた者で有効期間内の者。
3	上記、1 及び 2 に掲げる者以上の知識及び技能を有すると消防長が認めた者。

別表第 2(第 9 条関係)

患者等搬送用自動車に積載する資器材

分類	資器材名
呼吸管理用資器材	バッグバルブマスク ポケットマスク
保温・搬送用資器材	敷物 保温用毛布 担架 まくら
創傷等保護用資器材	三角巾 ガーゼ 包帯 タオル ばんそうこう
消毒用資器材(車両・資器材用)	噴霧消毒器 各種消毒液
その他の資器材	はさみ マスク ピンセット 手袋 膿盆汚物入れ 体温計 AED

「※」は任意の積載とする。

別表第 2 の 2(第 9 条関係)

患者等搬送用自動車(車椅子専用)に積載する資器材

分類	資器材名
呼吸管理用資器材	※バッグバルブマスク ポケットマスク
保温・搬送用資器材	※敷物 保温用毛布 担架 ※まくら
創傷等保護用資器材	三角巾 ガーゼ 包帯 タオル ばんそうこう
消毒用資器材(車両・資器材用)	噴霧消毒器 各種消毒液
その他の資器材	はさみ マスク ※ピンセット 手袋 膿盆汚物入れ 体温計 AED

「※」は任意の積載とする。

別表第3(第10条関係)

消毒の実施要領

1 消毒の区分及び使用上の注意

区分	薬品	適用(濃度)等	使用上の注意
薬物消毒	塩化ベンザルコニウム	1 手指・皮膚 0.05～0.1% 2 器具類 0.1% 作り方 ・濃度0.1%消毒液10を作成する場合 原液(10%)10mlに水990mlを加える	1 結核菌、吐物、尿便に対しては有効でない。 2 石鹼類は、殺菌効果を弱めるので、クレゾール石鹼液との併用は避ける。 3 血清・汚物等の存在下では著しく効果が減少するので、器具等に付着している場合は十分に洗い落としてから使用すること。 4 合成ゴム製品、合成樹脂製品、塗装カテーテル等への使用は避けることが望ましい。
	クレンゾール石鹼	1 手指・皮膚 0.5～1% 2 器具類 0.5～1% 3 排泄物 1.5% 作り方 ・濃度1%の消毒液10を作成する場合 原液(50%)20mlに水980mlを加える ・濃度1.5%の消毒液10 原液(50%)30mlに水970mlを加える	1 濃度液が皮膚に付着した場合は、直ちに拭き取り石鹼水と水でよく洗い流す。 2 浄水で希釈すると次第に混濁して沈殿することがあるので、このような場合は上澄み液を使用する。 3 ウイルスに対しては無効である。 4 塩化ベンザルコニウムとの併用は、双方の殺菌力が相殺されるので使用を避ける。
	消毒用エタノール	1 手指・皮膚(原液のまま) 2 器具類(原液のまま) ※ 使用するときは、必要量だけ取り出し、原液の濃度をできるだけ変化させない。	1 希釈しないで使用する。 2 広範囲又は長時間使用する場合には、蒸気の吸入に注意する。 3 血液、膿汁等の蛋白を凝固させ内部まで浸透しないことがあるので、これらが付着している器具等に用いる場合には、十分洗い落としてから使用すること。 4 手指・皮膚に使用した場合には脱脂等による皮膚荒れを起こすことがある。 5 合成ゴム製品、合成樹脂製品、塗装カテーテル等

		の器具は、長時間浸漬しないこと。
次 亜 塩 素 酸 ナ ト リ ウ ム	<p>1 手指・皮膚 0.01～0.05%</p> <p>2 器具類 0.02～0.05%</p> <p>3 排泄物 0.1～1%</p> <p>4 HBウイルス等</p> <p>ア 汚染 1%</p> <p>イ 汚染の疑い 0.1～0.5%</p> <p>作り方</p> <p>・濃度 0.05%の消毒液 10を作成する場合 原液(6%)8ml に水 992ml を加える</p> <p>・濃度 0.5%の消毒液 10を作成する場合 原液(6%)83ml に水 917ml を加える</p> <p>・濃度 1%の消毒液 10を作成する場合 原液(6%)167ml に水 833ml を加える</p>	<p>1 血清、膿汁等は、殺菌作用を減弱させるので、これらが付着している器具等を用いる場合には、十分洗い流してから使用すること。</p> <p>2 金属を腐食させるので、器具等に使用する場合には注意すること。</p> <p>3 濃厚液が皮膚に付着した場合には、直ちにふきとり、石鹼水と水でよく洗い流す。</p> <p>4 結核菌に対しては有効でない。</p> <p>5 使用時に発生する蒸気は呼吸器を刺激するので、吸入しないように注意すること。</p>
そ の 他 の 消 毒	<p>焼却</p> <p>感染症等の病原体により汚染された物件は、器具等で消毒後再び供用する目的のないもの又は消毒費用に比較して安価なものは、焼却することが望ましい。</p>	
日 光 消 毒	<p>衣類、毛布、敷物等で上記の消毒法を実施できない場合は、薬物消毒と併用して直射日光で消毒する。</p>	

2 消毒の実施要領

区分	血液、嘔吐等による汚染を受けた場合	左記以外の汚染の場合
資器材	1 消毒剤による清拭 2 流水による洗浄 3 消毒、滅菌	1 流水による洗浄 2 消毒、滅菌
車内	1 消毒剤による清拭、噴霧消毒 2 流水による洗浄	1 流水による洗浄 2 消毒剤による清拭
備考	1 車内で、水もれを避けなければならない場合は、消毒剤による清拭を行うものとする。 2 消毒実施時には、ディスポーザブルのビニール手袋等を装着すること。	

別表第4(第13条関係)

患者等搬送乗務員基礎講習

1 基礎講習は、次表に掲げるものとする。

課目	時間数	
	乗務員	乗務員 (車椅子専用)
総論	1	1
観察要領及び応急処置(一定頻度者講習と同等の講習を含む)	13	9
体位管理要領	2	1
消防機関との連携要領	2	2
車両資器材の消毒及び感染防止要領	2	1
搬送法	2	1
修了効果	2	1
合計	24	16

※ 課目の1時間は、45分とする。

2 講師

上記に掲げる講習の講師は、次のいずれかに該当する者で消防長が適任と認める者をもって充てるものとする。

- (1) 救急救命士
- (2) 救急隊長として3年以上の実務経験を有する者
- (3) 消防大学の救急科課程を修了した者
- (4) 消防学校の救急科課程の教官として2年以上の経験を有する者
- (5) 応急手当指導員の資格を有する者

3 乗務員の修了考査実施基準

修了考査は次の内容とし、80点以上をもって合格とする。

区分	科目	配点
実技	観察要領及び応急措置	60点
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
合計		100点

別表第 5(第 13 条関係)

患者等搬送乗務員再講習

1 再講習は、次表に掲げるものとする。

課目	時間数
観察要領及び応急措置	2
体位管理要領	1
合計	3

※ 課目の 1 時間は、45 分とする。

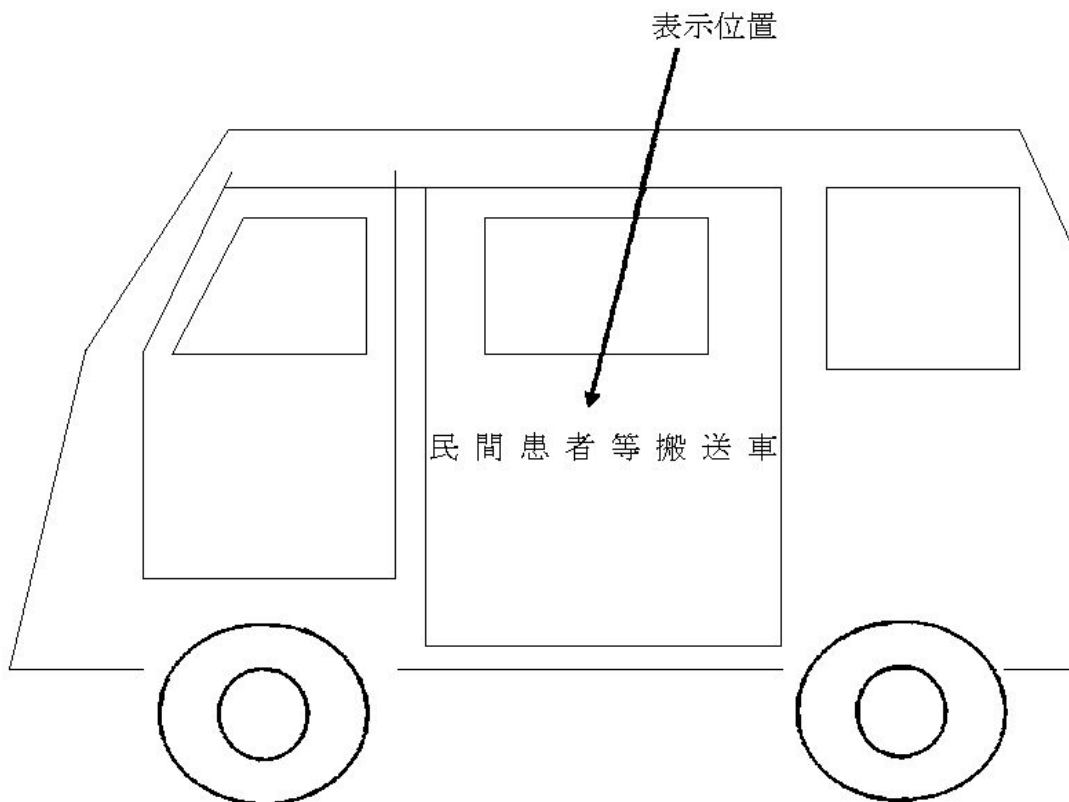
2 講師

基礎講習と同じ。

別図第 1(第 9 条関係)

民間患者搬送等搬送用自動車の表示方法

- 1 文字は、黒色による横書きとし、自動車の両側面及び後面に行うこと。
- 2 「民間患者等搬送車」の文字の大きさは、縦横 50mm 以上とする。ただし、国土交通省で定める患者等搬送用自動車における表示がある場合は、この限りではない。
- 3 民間患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面の見やすい位置とする。



別図第2(第15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

別図第2の2(第15条関係)

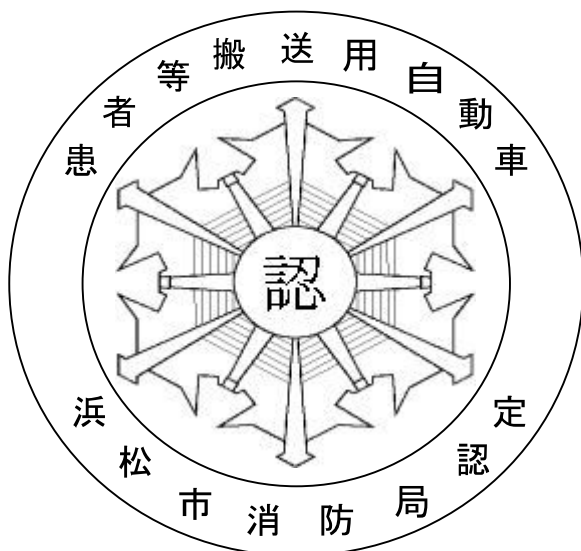
患者等搬送事業者認定マーク(車椅子専用)



- 地……ピンク、文字……黒色、マーク……金色
- 横 23.7cm、縦 36cm

別図第3(第15条関係)

患者等搬送用自動車認定マーク

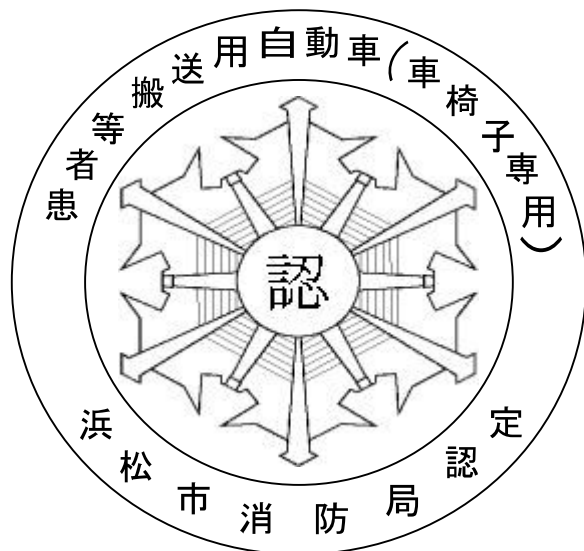


患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面であって運転者の視野を妨げない見やすい位置に貼付するものとする。

- 地……緑色、文字……黒色、マーク……金色
- 直径……9cm

別図第3の2(第15条関係)

患者等搬送用自動車認定マーク(車椅子専用)



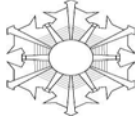
患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面であって運転者の視野を妨げない見やすい位置に貼付するものとする。

- 地……ピンク、文字……黒色、マーク……金色
- 直径……9cm

様式第1号の2 (第5条関係)

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</p> <p>患者等搬送乗務員 適任証</p> <p>浜 松 市 消 防 局</p>
20cm	

(注) 地色は水色とし、文字は黒色とす

内側 (第1面)

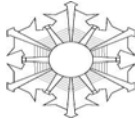
(第2面)

<p style="text-align: center;">(ふりがな) 氏 名</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">30mm 写真 40mm</p> <p style="text-align: center;">押出スタンプ 浜松市消防局</p> </div> <p>年 月 日生 本籍地 都道府県 年 月 日交付</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する。 浜松市消防局 消防長</p> </div>	<p>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%;">証印</th> <th style="width: 25%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">証印</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> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	年月日	証印	年月日	証印																								
年月日	証印	年月日	証印																										
20cm																													

様式第1号(第5条関係)

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>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  <p>患者等搬送乗務員 適任証 (車椅子専用)</p> <p>浜松市消防局</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>第 号</p> </div> </div>
20cm	

(注) 地色はピンクとし、文字は黒色と

内側(第1面)

(第2面)

<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <p style="text-align: center;">30mm 写真 40mm</p> <p style="text-align: center;">押出スタンプ 浜松市消防局</p> </div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>(ふりがな) 氏 名</p> <p>年 月 日生</p> <p>本籍地 都道府県</p> <p>年 月 日交付</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する。 浜松市消防局 消防長</p> </div> </div> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">再講習受講欄</th> </tr> <tr> <th>年月日</th> <th>証印</th> <th>年月日</th> <th>証印</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> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	再講習受講欄				年月日	証印	年月日	証印																				
再講習受講欄																													
年月日	証印	年月日	証印																										
20cm																													

様式第2号（第10条関係）

消毒実施記録票

実施月日	使用薬品及び濃度	実施者	確認印
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			

講習受講申請書

受付番号	
------	--

(あて先)
浜松市消防局
消 防 長

年 月 日

申請者
住 所
氏 名
生年月日 年 月 日 (歳)
勤務先名称
所 在 地
電話番号 ()

消防局が実施する

- 患者等搬送乗務員基礎講習
- 患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用) を受講したいので申し込みます。
- 患者等搬送乗務員定期講習

(切り取り線)

講習受講票

受付番号	
------	--

のり付部分
写真
1 基礎講習の方は、申込前6ヶ月以内に撮影した無帽、正面上半身、無背景の横3cm×縦4cmの写真でその裏面に氏名及び撮影年月日を記入したものを。
2 この写真は、適任証に使用しますので写真貼付は「のり付部分」のみに行ってください。

患者等搬送乗務員基礎講習
患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用)
患者等搬送乗務員再講習

様

浜松市消防局

あなたの受講日時を次のとおり通知します。

- ・受講日時 [患者等搬送乗務員基礎講習]
月 日 から 月 日まで
毎日 時 分～ 時 分
- ・受講日時 [患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用)]
月 日 から 月 日まで
毎日 時 分～ 時 分
- ・受講日時 [患者等搬送乗務員再講習]
月 日 から 月 日まで
時 分～ 時 分
- ・受講場所

座席番号	出席状況	取扱者印	備 考
指定された席にいないときは欠席とされます。ご注意ください。	第1日目受付済		
	第1日目受講済		
	第2日目受付済		
	第2日目受講済		
	第3日目受付済		
	最終日の講習を受講後に、この通知書を係員に渡して下さい。		

備考 受験票は講習終了時に回収します。

受講上のご注意

- 希望する講習について、□欄にチェックして下さい。
- 本通知書を講習会場へ持参し、受付を済ませて下さい。
- 受講時間を厳守して下さい。
- 受講を済まされた方に対して本通知書に係員が確認のために捺印を行います。基礎講習の方は、この捺印がないと2日目からの受講はできませんので、お帰りの前に必ず本票を係員の指示する場所へ提出して下さい。
- 受講中、病気、急用等で退場される場合は、必ず係員まで申し出て下さい。なお、この場合は、最初から改めて受講していただくこととなります。
- この講習を完全に受けられない場合は、修了証の交付はできません。
- 受講中の呼出し、連絡は特別な場合を除いてできません。
- 講習会場には、駐車場がありませんので、電車、バスを利用して下さい。

様式第4号（第13条関係）

（1） 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されたのでこれを証します。

年 月 日

浜松市消防局
消防長

様式第4号の2（第13条関係）

（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を修了されたのでこれを証します。

年 月 日

浜松市消防局
消防長

様式第5号(第13条関係)

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

(注) 講習種別欄は、下記の区分により記載すること。

- (1) 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」
- (2) 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」

様式第6号(第13条関係)

再講習受講(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

(注) 講習種別欄は、下記の区分により記載すること。

- (1) 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」
- (2) 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」

特 例 認 定 者 申 請 書

年 月 日

(あて先)
浜松市消防長

申請者
氏 名 印

特例認定について、次のとおり申請します。

記

のりづけ 30mm 写真 40mm	ふりがな 氏 名	年 月
	住 所	電 話 ()
勤 務 先 所 在 地	名 称	電 話 ()
※ 受 付 欄		※ 経 過 欄
(Blank space for receiving stamp)		(Blank space for process stamp)

備考

- 1 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の写しを添付すること。
- 2 写真は、受講申請前6か月以内に撮影した無帽、上半身、無背景のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記入すること。
- 3 ※は記入しないこと。

様式第8号(第13条関係)

特例認定者名簿

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

(注) 講習種別欄は、下記の区分により記載すること。

- (1) 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」
- (2) 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」

（表）

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日

（あて先）
浜松市消防長

申請者
住 所

職・氏 名

印

患者等搬送事業者認定（更新）について次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	
国土交通省 番 号	
申請事業内容	<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
定款に定める 業 務 内 容	
受 付	

備考

- 1 認定事業内容欄は、患者等搬送事業者認定（更新）申請に該当する項目の□欄をチェックすること。
- 2 ※には記入しないこと。
- 3 必要な関係書類を添付すること。
- 4 2部提出すること。

(裏)

営業区域				
営業時間		料金		
患者等搬送用自動車台数		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 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 台		
乗務員 総数	名	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		
		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	医療機関への通入院		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		
特定行政機関と の 契約の有無	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		
申請者が所有する他の 患者等搬送事業所	有・無	有の場合は事業所の名称及び所在地を記入すること		
その他	会員数		会費	

様式第10号（第15条関係）

乗 務 員 名 簿

番号	氏 名	年 齢	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	
		歳			年 月 日	

備考 適任証種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること。

- 患者等搬送乗務員適任証 . . . 1
- 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用） . . . 2

患者等搬送用自動車届				年 月 日
(あて先) 浜松市消防長			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			
車両への収容方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ			
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		ストレッチャーの車椅子収容台数	
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

備考 種別欄及び車両への収容方法欄は、該当項目の□欄をチェックすること。

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）

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	
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 パンフレット等の表示		適・不適	
10 事業の許可状況		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(否認定)結果通知書

第 号

年 月 日

様

浜松市消防局

消防長

年 月 日付けの申請については、下記により
認定する。
認定しない。

記

事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
認定番号	
否認定理由	

問合せ先
浜松市消防局
電話 ()

様式第14号(第15条関係)

認定事業者台帳

番号	申請書 受付年月日	申請者 職・氏名	申請者 住所	事業所名	事業所 所在地	認定種別	認定結果通知書交付 年月日及び番号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号

(注) 認定種別欄は、下記の区分により記載すること。

- (1) 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」
- (2) 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」

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

浜松市消防局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

浜松市消防局

消防長

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

浜松市消防局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

浜松市消防局

消防長

認定証等受領証

年 月 日

(あて先)
浜松市消防局消防長

受領者
住 所
職・氏 名

下記事業所に係る認定証および認定マークを受領いたしました。

なお、認定期間が経過したときまたは、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

事業所名	
所在地	電話番号 ()
管理責任者名 職・氏名	
認定証番号	第 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
受付	

備考

- 1 認定事業内容欄は、該当する事業内容の□欄をチェックすること。
- 2 ※には記入しないこと。

認定証等再交付申請書

年 月 日

(あて先)
浜松市消防局消防長

申請者
住 所

職・氏 名

印

次のとおり、証票を（亡失・滅失・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	<ul style="list-style-type: none"> ・認定証 ・事業者認定マーク ・自動車認定マーク
事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
認 定 証 番 号	第 号
(理 由)	
受 付	

備考

- 1 認定事業内容欄は、該当する事業内容の□欄をチェックすること。
- 2 ※には記入しないこと。

業 務 内 容 変 更 届

年 月 日

(あて先)
浜松市消防局消防長

申請者
住 所

職・氏 名

印

次のとおり、業務内容を変更しましたので届け出をいたします。

記

事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
認 定 証 番 号	第 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
(変更の内容)	
受 付	

備考

- 1 乗務員の変更の場合は乗務員名簿を、患者等搬送用自動車の変更の場合は患者等搬送用自動車届を添付すること。
- 2 認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること。
- 3 ※には記入しないこと。

年 月 日

(あて先)
浜松市消防局消防長

申請者

住 所

職・氏 名

印

特 異 事 案 報 告 書

事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
認 定 証 番 号	第 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
発 生 日 時	年 月 日 (曜) 時 分頃
発 生 場 所	
乗 務 員 氏 名	
事 案 の 概 要	
対 応 (措 置)	

備考 認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること。

第 号
年 月 日

様

浜松市消防局
消防長

認定取消通知書

標題について、次の理由により浜松市消防局が認定する患者等搬送事業者として不相当と認められるので、認定を取り消します。

記

事業所名	
所在地	
認定証番号	第 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
(理由)	

問い合わせ先

浜松市消防局

電話 ()

患者等搬送事業廃止届

(あて先)
浜松市消防局消防長

年 月 日

申請者 住 所
職・氏 名 印

次の事業について、業務を廃止しましたので届け出をいたします。

記

事業所名	
所在地	電話番号 ()
認定証番号	第 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
受付	

備考

- 1 証票を添付すること。
- 2 ※には記入しないこと。
- 3 認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること。

第 年 月 日 号

様

浜松市消防局
消防長

認 定 証 等 返 納 請 求 書

次の事業所に係る認定証及び認定マークを速やかに返納するよう請求します。

記

事 業 所 名	
所 在 地	
認 定 証 番 号	第 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
(返納理由)	

問い合わせ先

浜松市消防局

電 話 ()