

様式第2号（第12条関係）

消毒実施記録表

| 実施月日 | 使用薬品及び濃度 | 確認者 | 確認印 |
|------|----------|-----|-----|
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |
| 月 日  |          |     |     |

様式第3号（第18条関係）

|   |      |
|---|------|
| <p>適任証交付申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>能代山本広域市町村圏組合消防本部<br/>消防長 様</p> <p>住 所<br/>申請者<br/>氏 名</p> <p>適任証の交付を申請いたします。</p> <p>記</p> |      |
| 事業所名  |      |
| 所在地   | 電話 ー |
| 氏 名   |      |
| 現住所   | 写 真  |
| 生年月日 年 月 日生   |      |
| ※受付   |      |

- 1 写真 1ヵ月以内に撮影した正面上半身像（3cm×4cm）のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記入したものを添えて申請すること。
- 2 ※欄には記入しないこと。

様式第5号（第21条関係）

|  |      |
|--|------|
| <p>適任証再交付申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>能代山本広域市町村圏組合消防本部<br/>消防長 様</p> <p>住 所<br/>申請者<br/>氏 名</p> <p>下記理由により適任証を（亡失、滅失、汚損）しましたので再交付を申請いたします。</p> <p>記</p> |      |
| 事 業 所 名  |      |
| 所 在 地  | 電話 ー |
| 適任証取得年月日   |      |
| (理由)   | 写 真  |
| ※受付  |      |

- 1 写真 1ヵ月以内に撮影した正面上半身像（3cm×4cm）のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記入したものを添えて申請すること。
- 2 ※欄には記入しないこと。

様式第7号（第24条関係）

|  |      |
|--|------|
| <p>患者等搬送事業認定（更新）申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>能代山本広域市町村圏組合消防本部<br/>消防長 様</p> <p>住 所<br/>申請者<br/>氏 名</p> <p>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。</p> <p>記</p> |      |
| 事 業 所 名  |      |
| 所 在 地  | 電話 ー |
| 管 理 責 任 者 職 氏 名  |      |
| 国 土 交 通 省<br>免 許 登 録 番 号   |      |
| 定款に定める事業内容   |      |
| ※ 受 付  |      |

備考

- 1 法人にあつては、その名称、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記入すること。
- 2 必要な関係書類を添付すること。
- 3 2部提出すること。
- 4 ※欄には記入しないこと。

(右側面)

(左側面)

|               |         |                          |   |           |   |  |
|---------------|---------|--------------------------|---|-----------|---|--|
| 営 業 区 域       |         |                          |   |           |   |  |
| 営 業 時 間       |         |                          |   | 料 金       |   |  |
| 乗 務 員 数       | 総 数     |                          | 昼 |           | 夜 |  |
| 制 服           | 色       |                          |   | 形 式       |   |  |
| 年間営業実績件数      | 病院への通入院 |                          |   | 老人ホームへの送迎 |   |  |
|               | 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 |         |                          |   |           |   |  |
| そ の 他         | 会員数     |                          |   | 会 費       |   |  |



様式第9号その1（第24条関係）

患者等搬送用自動車届

|                 |       |         |                 |
|-----------------|-------|---------|-----------------|
| 車種（型式）          |       | 塗 色     |                 |
| 車 両 番 号         |       | 定 員     | 人               |
| 患者等搬送部分の大きさ     |       | 長 さ     | cm              |
|                 |       | 幅       | cm              |
|                 |       | 高 さ     | cm              |
| 換 気 装 置         | 有 ・ 無 | 冷 房 装 置 | 有 ・ 無           |
| 暖 房 装 置         | 有 ・ 無 | 通信装置種別  | 電話・無線<br>ファクシミリ |
| ストレッチャー等固定装置    |       | 有 ・ 無   |                 |
| 消 毒 表 の 表 示 位 置 |       |         |                 |
| 積 載 資 器 材       |       |         |                 |
| 品 名             | 数 量   | 品 名     | 数 量             |
|                 |       |         |                 |



様式第9号その2（第24条関係）

車両写真貼付

（前面）

（後面）

(右側面)

(左側面)

様式第 13 号（第 29 条関係）

|  |       |
|--|-------|
| <p>患者等搬送事業認定証再交付申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>能代山本広域市町村圏組合消防本部<br/>消防長 様</p> <p>住 所<br/>申請者<br/>氏 名</p> <p>患者等搬送事業認定証を（亡失、滅失、汚損）しましたので、患者等搬送事業認定証の再交付について申請いたします。</p> <p>記</p> |       |
| 事 業 所 名  |       |
| 所 在 地  | 電 話 ー |
| 認定証交付年月日   | 年 月 日 |
| ※受 付   |       |

備考

- 1 法人にあっては、その名称、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記入すること。
- 2 ※欄には記入しないこと。

様式第 15 号 (第 31 条関係)

|   |      |
|---|------|
| <p>業 務 内 容 変 更 申 請 書</p> <p>年 月 日</p> <p>能代山本広域市町村圏組合消防本部<br/>消防長 様</p> <p>住 所<br/>申請者<br/>氏 名</p> <p>下記事業所について、業務内容変更の申請をいたします。</p> <p>記</p> |      |
| 事 業 所 名   |      |
| 所 在 地   | 電話 ー |
| (内容変更)  |      |
| ※ 受 付   |      |

備考

- 1 法人にあつては、その名称、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記入すること。
- 2 ※欄には記入しないこと。

様式第 16 号（第 34 条関係）

特 異 事 案 報 告 書

|   |   |
|---|---|
| 能代山本広域市町村圏組合消防本部<br>消防長                      様<br><br><div style="text-align: right;">                     住 所<br/>                     申請者<br/>                     氏 名                 </div> |   |
| 事 業 所 名   |   |
| 所 在 地   | 電話              ー   |
| 認 定 番 号   | 第              号  |
| 発 生 日 時   | 年    月    日（ 曜日）    時    分頃   |
| 報 告 区 分   | 該当区分の□にレ点を付すること。要綱第 3 4 条第 2 項<br><input type="checkbox"/> 第 1 号 <input type="checkbox"/> 第 2 号 <input type="checkbox"/> 第 3 号 <input type="checkbox"/> 第 4 号 |
| 乗 務 員 氏 名   |   |
| 事 故 の 概 要   |   |
| 対 応 ・ 処 置   |   |

備考

- 1 法人にあっては、その名称、代表者氏名、主たる事務所の所在地を記入すること。
- 2 ※欄には記入しないこと。

様式第 18 号 (第 17 条関係)

講 習 受 講 申 請 書

|                           |   |            |  |
|---------------------------|---|------------|--|
| 能代山本広域市町村圏組合消防本部<br>消防長 様 |   | 申請者<br>氏 名 |  |
| 区 分                       | 患者等搬送乗務員<br><input type="checkbox"/> 「基礎講習」 <input type="checkbox"/> 「定期講習」 <input type="checkbox"/> 「補完講習」 |            |  |
| 写真<br>3 cm × 4 cm         | 氏 名   | 年 月 日生     |  |
|                           | 住 所   | 電 話 ー      |  |
|                           | 本 籍   | 都道府県       |  |
| 勤務先                       | 名 称   |            |  |
|                           | 所在地   | 電 話 ー      |  |
| ※ 受 付 欄                   |   | ※ 経 過 欄    |  |
|                           |   |            |  |

注 1 乗務員定期講習の場合は、写真添付の必要はありません。

2 写真は、受講申請前 1 か月以内に撮影した正面上半身像 (3 cm × 4 cm) のものでその裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載したものを添付すること。

3 ※欄には記入しないこと。

様式第 24 号 (第 17 条関係)

|   |      |         |
|---|------|---------|
| 特 例 認 定 者 申 請 書<br>年 月 日<br>能代山本広域市町村圏組合消防本部<br>消防長 様<br>申請者<br>氏 名 |      |         |
| 写 真<br><br>3 cm× 4 cm   | 氏 名  | 年 月 日生  |
|   | 住 所  | 電話 ー    |
| 勤 務 先 名 称   |      |         |
| 勤 務 先 所 在 地   | 電話 ー |         |
| ※ 受 付   |      | ※ 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提示すること。
- 2 写真は受講申請前 1 か月以内に撮影した正面上半身像 (3 cm× 4 cm) のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記載したものを添付すること。
- 3 ※欄には記入しないこと。