様式第１号（第７条関係）

**患者等搬送乗務員適任証**

表紙（裏）　　　　　　　　　　　　　　　　（表）

|  |  |
| --- | --- |
| 菰野町消防本部  ※　患者等搬送業務に従事する場合  　　　は必ず携帯すること。 | shobo  患者等搬送乗務員  適任証  70mm |

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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名  30mm  年 　月　 日生  写　真  年 　月　 日交付  第　　　　　号  40mm  押　出  スタンプ  菰野町消防本部  上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する。  菰野町消防長 | 定期講習受講日 | | | |
| 年 月 日 | 実施場所 | 年 月 日 | 実施場所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 70mm |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

200mm

様式第２号（第７条関係）

**適　任　証　交　付　簿**

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 |  |
| 適任証区分 | □　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） |
| 氏　　　　名 |  |
| 住　　　　所 | 電話　　　（　　　　） |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日生 |
| 勤務先 | 名　称  所在地 |
| 経　　　　過 | 認定　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 定期講習　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 定期講習　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 定期講習　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 定期講習　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 定期講習　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 備　　　　考 |  |

様式第３号（第７条関係）

**患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）**

表紙（裏）　　　　　　　　　　　　　　　　（表）

|  |  |
| --- | --- |
| ※　患者等搬送業務に従事する場合  　　　は必ず携帯すること。 | shoboshoboshoboshobo  患者等搬送乗務員  適任証  70mm  菰野町消防本部 |

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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名  30mm  年 　月　 日生  写　真  年 　月　 日交付  第　　　　　号  40mm  押　出  スタンプ  菰野町消防本部  （車椅子専用）  上記の者は、患者等搬送乗務  員に適することを証する。  菰野町消防長 | 定期講習受講日 | | | |
| 年 月 日 | 実施場所 | 年 月 日 | 実施場所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 70mm |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

200mm

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者等搬送乗務員講習受講申請書**  　　年　　月　　日  　 菰野町消防長  患者等搬送乗務員講習について下記のとおり申請します。 | | | | | | |
| 講習区分 | | □患者等搬送乗務員適任者講習  □患者等搬送乗務員適任者講習（車椅子専用）  □患者等搬送乗務員定期講習 | | | 交付番号 | 第　　　　　号 |
| 交付日 | 年　　月　　日 |
| 写真  ４×３㎝  （のりづけ） | | ふりがな  氏　　名 | 年　　月　　日生 | | | |
| 住　　所  電　　話 | 〒　　　　－  電話　　　　（　　　） | | | |
| 勤務先 | 名称 |  | | | | |
| 所在  電話 | 〒　　　　－  電話　　　　（　　　） | | | | |
| 希望受講日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| ＊　受付欄 | | | | ＊　経過欄 | | |

様式第４号（第10条関係）

１　写真２枚（申請日の６か月以内に撮影した、上半身像（縦４㎝×横３㎝、無帽、無背景）とし、裏面に氏名を記入したもの）、１枚は申請書にのりづけ、残りの１枚は添付してください。

２　患者等搬送乗務員定期講習に写真は必要ありません。

３　患者等搬送乗務員定期講習を受講の方は、患者等搬送乗務員適任証の交付番号、交付年月日を講習区分に記入してください。

４　申請書は、菰野町消防署へ提出してください。

５　＊　印欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **特例適任者申請書**  　　年　　月　　日  　 菰野町消防長  特例適任について下記のとおり申請します。 | | | | |
| 申請区分 | | | □　患者等搬送乗務員適任者講習と同等  □　患者等搬送乗務員適任者講習（車椅子専用）と同等 | |
| 写真  ４×３㎝  （のりづけ） | | ふりがな  氏　　名 | 年　　月　　日生 | |
| 住　　所  電　　話 | 〒　　　　－  電話　　　　（　　　） | |
| 勤務先 | 名称 |  | | |
| 所在  電話 | 〒　　　　－  電話　　　　（　　　） | | |
| 添付書類  （いずれかに✔を入れ、証書等の写しを添付してください。） | | □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を受けた者で、資格の有効期間内の者。ただし、菰野町消防本部の行う適任者講習に不足する課目については、菰野町消防本部の行う講習を受講すること。  □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。 | | |
| ＊　受付欄 | | | | ＊　経過欄 |

様式第５号（第10条関係）

１　写真２枚（申請日の６か月以内に撮影した、上半身像（縦４㎝×横３㎝、無帽、無背景）とし、裏面に氏名を記入したもの）、１枚は申請書にのりづけ、残りの１枚は添付してください。

２　申請書は、菰野町消防署へ提出してください。

３　＊　印欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **適任証等再交付申請書**  　　年　　月　　日  　 菰野町消防長  適任証等の再交付について下記のとおり申請します。 | | | | |
| 申請区分 | | □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） | | |
| 適任証等  交付番号 | | 号 | | |
| 写真  ４×３㎝  （のりづけ） | | ふりがな  氏　　名 | 年　　月　　日生 | |
| 住　　所  電　　話 | 〒　　　　－  電話　　　　（　　　） | |
| 勤務先 | 名称 |  | | |
| 所在  電話 | 〒　　　　－  電話　　　　（　　　） | | |
| 再交付  申請理由 | |  | | |
| ＊　受付欄 | | | | ＊　経過欄 |

様式第６号（第11条関係）

１　写真２枚（申請日の６か月以内に撮影した、上半身像（縦４㎝×横３㎝、無帽、無背景）とし、裏面に氏名を記入したもの）、１枚は申請書にのりづけ、残りの１枚は添付してください。

２　申請書は、菰野町消防署へ提出してください。

３　＊　印欄は記入しないでください。

様式第７号（第15条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実 施 月 日 | 実　施　内　容 | 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 |  |  |  |

**消毒実施記録票**

様式第８号（第21条関係）

（その１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **患者等搬送事業認定（更新）申請書**  　　年　　月　　日  　 菰野町消防長  申請者  住所  職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印  患者等搬送事業の認定（更新）について下記のとおり申請します。 | | |
| 申請区分 | □　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による患者等搬送事業  □　患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業 | |
| 事業所名 |  | |
| 所在地  連絡先 | 電話　　　　（　　　　） | |
| 経営者又は  管理責任者 | 職　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | |
| 国土交通省  免許登録番号 | ○写しを添付してください。 | |
| 定款に定める  事業内容 |  | |
| 営業区域 |  | |
| 営業時間 |  | |
|  |  | |
| ＊　受付欄 | | ＊　経過欄 |

１　乗務員名簿（様式第９号）及び患者等搬送用自動車届（様式第10号）を添付してください。

２　申請書は、菰野町消防署へ提出してください。

３　＊　印欄は記入しないでください。

（その２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員数 |  | | | 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 | | | | |
|  | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | |

様式第９号（第21条関係）

**乗務員名簿**

事業所名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　　名 | 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） | | |
| 適任証番号 | 交付年月日 | 定期講習受講日 |
|  |  |  | 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 | 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 |

様式第10号（第21条関係）

（その１）

**患者等搬送用自動車届**

事業所名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | □　寝台車　　　□　車椅子・寝台兼用車　　　□　車椅子専用車 | | | | | | |
| 車両への  収容方法 | □　ストレッチャー　　　 　□　リフト　　　　　□　スロープ | | | | | | |
| 車種（型式） |  | | 車両番号 | |  | | |
| 車両台数 | 寝台車　　　台、車椅子・寝台兼用車　　　台、車椅子専用車　　　台 | | | | | | |
| 塗色 |  | | 定員 | | | 人 | |
| 暖房装置 | □　有　　　□　無 | | 冷房装置 | | | □　有　　　□　無 | |
| 換気装置 | □　有　　　□　無 | | 消毒実施記録票の  掲示場所 | | |  | |
| ストレッチャーの  固定装置 | □　有　　　□　無 | | ストレッチャーの患者用固定ベルト | | | □　有　　　□　無 | |
| 車椅子の固定装置 | □　有　　　□　無 | | 車椅子の患者用  固定ベルト | | | □　有　　　□　無 | |
| 患者等収容  部分の大きさ | 長さ　　　　　㎝　　　　幅　　　　　㎝　　　　高さ　　　　　㎝ | | | | | | |
| 通信装置種別 | 電話・無線・ファクシミリ・その他（　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 積　　載　　資　　器　　材 | | | | | | | |
| 品　　　名 | | 数　量 | | 品　　　名 | | | 数　量 |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |

（その２）

|  |
| --- |
| **車両写真添付**  （前面） |
| **車両写真添付**  （後面） |

（その３）

|  |
| --- |
| **車両写真添付**  （右側面） |
| **車両写真添付**  （左側面） |

様式第11号（第22条関係）

**認定審査基準表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | | | |  | | |
| 所在地 | | | | 電話番号　　　( 　　　) | | |
| 経営者又は管理責任者 | | | | 職　　　　　　　　　　　　　氏名 | | |
| 自動車の形態 | | | | □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　　□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・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 | ⑴緩衝装置 | | | 適・不適 |  |
| ⑵換気及び冷暖房装置 | | | 適・不適 |  |
| ⑶室内のスペース | | | 適・不適 |  |
| ⑷ストレッチャー又は車椅子の固定 | | | 適・不適 |  |
| ⑸乗降を容易にする装置 | | | 適・不適 |  |
| ⑹通信連絡装置 | | | 適・不適 |  |
| ４ | 車両の外観 | | 赤色灯及びサイレンの装備 | | 適・不適 |  |
| 表示 | | 適・不適 |  |
| ５ | 積載資器材 | | | | 適・不適 |  |
| ６ | 消毒体制・消毒記録票の掲示 | | | | 適・不適 |  |
| ７ | 乗務員の服装 | | | | 適・不適 |  |
| ８ | パンフレット等の内容 | | | | 適・不適 |  |
| ９ | 国土交通省の許可、登録の状況 | | | | 適・不適 |  |
| 備　　　考 |  | | | | | |

審査担当者

所属　　　　　　　　　　　　　階級　　　　　　　　氏名

様式第12号（第22条関係）

**患者等搬送事業認定（否認定）結果通知書**

　　　　　 年 　 月 　日

　　　　　　　　　　　　　様

菰 野 町 消 防 長

認定する。

認定しない。

　　　　　　年　　月　　日付で申請のあったことについては

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 経営者又は管理責任者 | 職　　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 認定番号 |  |
| 認定期間 | 年 　 　月　　　日から  　　年　　　月　　　日まで |
| 否認定理由 |  |

様式第13号（第23条関係）

患者等搬送事業者認定マーク

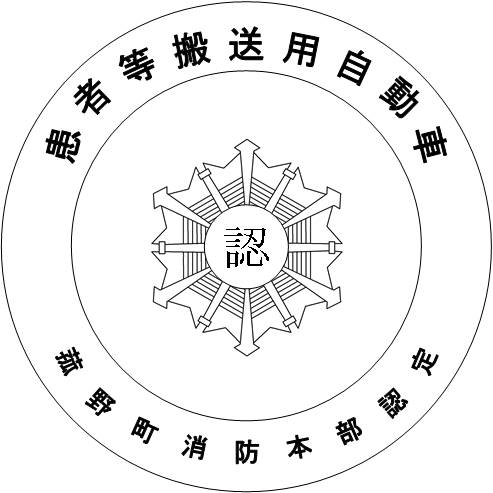
|  |
| --- |
| 認    **患者等搬送に適合する事業者として認定する。**  **認定　：　　　年　　　月　　　日**  **菰野町消防本部** |

○　地・・・・・緑色、文字・・・・・黒色、マーク・・・・・金色

○　横・・・・・23.7㎝、縦・・・・・36㎝

様式第14号（第23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㎝

様式第15号（第23条関係）

**認定マーク等受領書**

菰野町消防長

受領者

職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

下記事業所に係る認定マーク等を受領いたしました。

　なお、認定証有効期間が経過したとき、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いたします。

　　　記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話　　　（　　　） | |
| 経営者又は  管理責任者 | 職　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | |
| 認定番号 | 第　　　　　　号 | |
| 認定マーク等の  種類及び数量 | 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） |
| 枚 | 枚 |
| 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） |
| 枚 | 枚 |

様式第16号（第23条関係）

患者等搬送事業者（車椅子専用）認定マーク

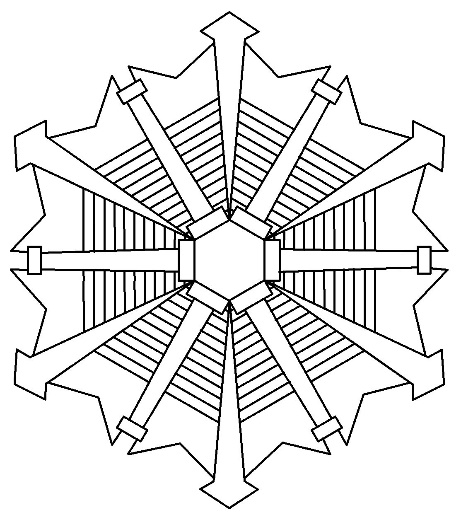
|  |
| --- |
| 認    **患者等搬送に適合する事業者として認定する。**  **認定　：　　　年　　　月　　　日**  **菰野町消防本部** |

○　地・・・・・ピンク色、文字・・・・・黒色、マーク・・・・・金色

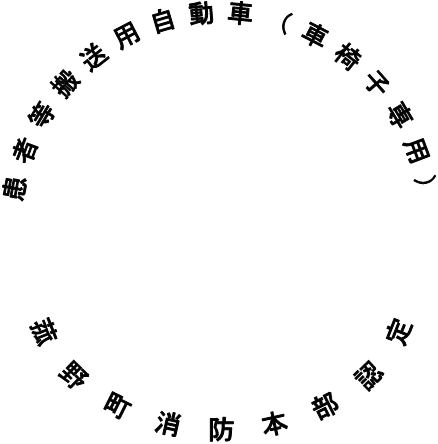
○　横・・・・・23.7㎝、縦・・・・・36㎝

様式第17号（第23条関係）

患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）



認



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・・・・・ピンク色、文字・・・・・黒色、マーク・・・・・金色

○　直径・・・・・９㎝

様式第18号（第23条関係）

**認定事業者台帳**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | 所在地 | |  |
| 経営者又は  管理責任者 | | 職  氏名 | | 連絡先 | |  |
| 認定区分 | | □　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による患者等搬送事業  □　患者等搬送用自動車（車椅子専用）による患者等搬送事業 | | | | |
| 認定番号 | |  | | 認定年月日 | |  |
| 更新年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 更新年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 年　　　月　　　日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 年　　　月　　　日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 経　　　　　　　　　歴 | 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 |  | | | | | |

様式第19号（第26条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **患者等搬送事業休廃止届**  　　年　　月　　日  　菰野町消防長  申請者  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印  患者等搬送事業の休廃止について下記のとおり申請します。 | | |
| 申請区分 | □　事業休止  □　事業廃止 | |
| 認定番号 | 号 | |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話　　　　（　　　　） | |
| 休廃止届理由 |  | |
| ＊　受付欄 | | ＊　経過欄 |

１　届出書は、菰野町消防署へ提出してください。

２　＊　印欄は記入しないでください。

様式第20号（第27条関係）

（その１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **患者等搬送事業内容変更届**  　　年　　月　　日  　菰野町消防長  申請者  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印  事業内容について下記のとおり内容変更します。 | | |
| 認定番号 | 号 | |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話　　　　（　　　　） | |
| 変更内容 |  | |
| ＊　受付欄 | | ＊　経過欄 |

１　乗務員名簿の変更及び患者等搬送自動車の変更の場合は、様式第20号（その２）を添付してください。

２　届出書は、菰野町消防署へ提出してください。

３　＊　印欄は記入しないでください。

（その２）

**乗務員名簿変更票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　　名 | 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） | | 変更区分 |
| 適任証番号 | 交付年月日 |
|  |  |  | 年　　月　　日 | □　抹消  □　登録 |
|  |  |  | 年　　月　　日 | □　抹消  □　登録 |
|  |  |  | 年　　月　　日 | □　抹消  □　登録 |
|  |  |  | 年　　月　　日 | □　抹消  □　登録 |
|  |  |  | 年　　月　　日 | □　抹消  □　登録 |

**患者等搬送自動車変更票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 車両番号 | 変更区分 |
|  |  | □　抹消　　　　　□　登録 |
|  |  | □　抹消　　　　　□　登録 |
|  |  | □　抹消　　　　　□　登録 |
|  |  | □　抹消　　　　　□　登録 |
|  |  | □　抹消　　　　　□　登録 |

登録の場合は、様式第10号「患者等搬送用自動車届」を添付してください。

様式第21号（第29条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **特異事案報告書**  　　年　　月　　日  菰野町消防長  申請者  住所  職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  特異事案が発生しましたので、下記のとおり報告します。 | | |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話　　　　（　　　） | |
| 認定番号 |  | |
| 発生日時 | 年 　　月 　　日（ 　曜日） 　　時 　　分頃 | |
| 報告区分 | 要綱第29条第３項  　□⑴　　□⑵　　□⑶　　□⑷　　に該当 | |
| 発生場所 |  | |
| 乗務員氏名 |  | |
| 事案の概要 |  | |
| 対応・処置 |  | |
| ＊　受付欄 | | ＊　経過欄 |

１　報告書は、菰野町消防署へ提出してください。

２　＊　印欄は記入しないでください。

様式第22号（第32条関係）

**患者等搬送事業認定取消通知書**

　　　　　年　月　日

　　　　　　　　　　 様

　　　　　　　　　　　　　　 菰 野 町 消 防 長

下記の理由により、菰野町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るので、認定を取消します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 経営者又は  管理責任者 | 職  氏名 |
| 認定番号 |  |
| 取消理由 |  |

様式第23号（第35条関係）

**認定マーク等返納請求書**

年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　様

菰 野 町 消 防 長

あなたの　　　　　　する下記事業所は、患者等搬送事業認定取消通知書のとおり、認定を取消しましたので認定マーク等を速やかに返納するよう請求します。

なお、患者等搬送用自動車の車体に「菰野町消防本部認定」の掲示がある場合は、削除してください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 経営者又は  管理責任者 | 職  氏名 |
| 認定番号 |  |
| 返 納 物（数） |  |

様式第24号（第36条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **認定マーク等再交付申請書**  　　年　　月　　日  　菰野町消防長  申請者  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印  認定マーク等の再交付について下記のとおり申請します。 | | |
| 申請区分 | □　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） | |
| 認定番号 | 号 | |
| 患者等搬送自動車  登録番号 |  | |
| 事業所名 |  | |
| 所在地 | 電話　　　　（　　　　） | |
| 再交付申請理由 |  | |
| ＊　受付欄 | | ＊　経過欄 |

１　患者等搬送事業者認定マーク及び患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、認定番号を記入してください。

２　患者等搬送用自動車認定マーク及び患者等搬送自動車認定マーク（車椅子専用）の再交付の場合は、当該自動車の登録番号を記入してください。

３　申請書は、菰野町消防署へ提出してください。

４　＊　印欄は記入しないでください。