

患者等搬送車両認定・更新申請書

年 月 日

(宛先) さいたま市消防局長

代 表 者
(管理責任者)
氏 名

- 患者等搬送用自動車
(車椅子専用) の認定・更新について下記のとおり申請しま
- 患者等搬送用自動車

事業所	名 称	
	所在地 (電話番号)	電 話 ()
管理責任者 職・氏 名		
国 土 交 通 大 臣 免 許 登 録 番 号		
定款に定める 事 業 内 容		
※ 受 付 欄		※ 備 考

- (注) 1 必要な関係書類を添付してください。
2 ※欄には記入しないでください。

様式第8号(その2)

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(型式)		塗	色	
自動車登録番号 又は車両番号		定	員	人
車 両	長 さ	cm	高 さ	cm
	幅	cm		
装置等状況	緩衝装置	有 ・ 無	冷・暖房装置	有 ・ 無
	換気装置	有 ・ 無	通信・連絡装置	有 ・ 無
	ストレッチャー 又は 車椅子固定装置	有 ・ 無	車椅子等乗降装置 ※(車椅子専用)のみ	有 ・ 無
積載資器材	品 名	数 量	品 名	数 量
	※ ₂ バッグバルブマスク		噴霧消毒器	
	ポケットマスク		各種消毒薬	
	※ ₂ 敷物 ()		はさみ	
	保温用毛布等()		マスク	
	※ ₂ まくら		※ ₂ ピンセット	
	三角巾		手袋	
	ガーゼ		膿 盆・汚物入れ	
	包 帯		体温計	
	タオル		※ ₁ 自動体外式除細動器(AED)	
	ばんそうこう			

※1に示す資器材は任意の積載とする。

※2に示す資器材は車椅子専用の場合は任意の積載とする。

様式第8号(その3)

車両写真添付
(前面)

(後面)

様式第8号(その4)

車両写真
(右側面)

(左側面)

様式第8号(その5)

車両写真
(車内)

積載資器材写真