

四日市市消防本部告示第9号

四日市市患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱の一部を次のように改正する。

令和元年5月1日

四日市市消防長 坂倉 啓史

四日市市患者等搬送事業に対する指導及び認定に関する要綱の一部改正

四日市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26年消防本部告示第3号）の一部を次のように改正する。

- | | |
|----------------|---------------------|
| 第4号様式（第10条関係） | 患者等搬送乗務員講習受講申込書 |
| 第5号様式（第10条関係） | 特例適任者申請 |
| 第6号様式（第11条関係） | 適任証等再交付申請 |
| 第8号様式（第21条関係） | 患者等搬送事業認定（更新）申請書 |
| 第12号様式（第22条関係） | 患者等搬送事業認定（否認定）結果通知書 |
| 第19号様式（第26条関係） | 患者等搬送事業休廃止届 |
| 第20号様式（第27条関係） | 患者等搬送事業内容変更届 |
| 第21号様式（第29条関係） | 特異事案報告書 |
| 第22号様式（第32条関係） | 患者等搬送事業認定取消通知書 |
| 第23号様式（第35条関係） | 認定マーク等返納請求書 |
| 第24号様式（第36条関係） | 認定マーク等再交付申請書 |

を次のように改める。

患者等搬送乗務員講習受講申請書		年 月 日
四日市市消防長		
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	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任者講習	交付番号 第 号
	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任者講習 (車椅子専用)	交付日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員定期講習		
写真 4×3cm (のりづけ)	ふりがな 氏 名	年 月 日生
	住 所 電 話	〒 ー 電話 ()
勤 務 先	名 称	
	所 在 電 話	〒 ー 電話 ()
希望受講日		年 月 日
* 受付欄		* 経過欄

- 1 写真2枚(申請日の6ヶ月以内に撮影した、上半身像[縦4cm×横3cm、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、他の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、四日市市消防本部消防救急課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
四日市市消防長		
特例適任について下記のとおり申請します。		
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任者講習と同等 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任者講習（車椅子専用）と同等	
写真 4×3cm (のりづけ)	ふりがな 氏 名	年 月 日生
	住 所	〒 ー
	電 話	電話 ()
勤 務 先	名 称	
	所 在	〒 ー
	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。)	<input type="checkbox"/> 1 救急救命士の資格を有する者及び消防法施行規則第 5 1 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"/> 2 日本赤十字社の行う応急救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、四日市市消防本部の行う適任者講習に不足する課目については、四日市市消防本部の行う講習を受講すること。 <input type="checkbox"/> 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

- 1 写真 2 枚（申請日の 6 ヶ月以内に撮影した、上半身像[縦 4 cm×横 3 cm、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、他の 1 枚は添付してください。
- 2 申請書は、四日市市消防本部消防救急課へ提出してください。
- 4 * 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
四日市市消防長		
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	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員適任証 <input type="checkbox"/> 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 4×3cm (のりづけ)	ふりがな 氏 名	年 月 日生
	住 所 電 話	〒 ー 電話 ()
勤 務 先	名 称	
	所 在 電 話	〒 ー 電話 ()
再 交 付 申 請 理 由		
* 受付欄		* 経過欄

- 1 写真2枚（申請日の6ヶ月以内に撮影した、上半身像[縦4cm×横3cm、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、他の1枚は添付してください。
- 2 申請書は、四日市市消防本部消防救急課へ提出してください。
- 3 * 印欄は記入しないでください。

第8号様式（第21条）

（その1）

患者等搬送事業認定（更新）申請書		年 月 日
四日市市消防長		
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	<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による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 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（第9号様式）及び患者等搬送用自動車届（第10号様式）を添付してください。
- 2 申請書は、四日市市消防本部消防救急課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			

患者等搬送事業認定（否認定）結果通知書

四消本消第 号
年 月 日

様

四日市市消防長

年 月 日付で申請のあったことについては、
認定する。
認定しない。

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	
認定期間	年 月 日から 年 月 日まで
否認定理由	

問い合わせ先
四日市市消防本部消防救急課
電話059-356-2006

患者等搬送事業休廃止届	
四日市市消防長	年 月 日
	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	<input type="checkbox"/> 事業休止 <input type="checkbox"/> 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、四日市市消防本部消防救急課へ提出してください。
- 2 * 印欄は記入しないでください。

<p>患者等搬送事業内容変更届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>四日市市消防長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">事業内容について下記のとおり内容変更します。</p>	
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、第20号様式(その2)を添付してください。
- 2 届出書は、四日市市消防本部消防救急課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	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 登録

患 者 等 搬 送 自 動 車 変 更 票

番号	車両番号	変 更 区 分	
		<input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 登録
		<input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 登録
		<input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 登録
		<input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 登録
		<input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 登録

登録の場合は、第10号様式「患者等搬送用自動車届」を添付してください。

第 21 号様式(第 29 条)

特 異 事 案 報 告 書	
年 月 日	
四日市市消防長	
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) 時 分頃
報 告 区 分	要綱第 29 条第 2 項 <input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) 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、四日市市消防本部消防救急課へ提出してください。

2 * 印欄は記入しないでください。

第22号様式 (第32条)

患者等搬送事業認定取消通知書

四消本消第 号
年 月 日

様

四日市市消防長

下記の理由により、四日市市消防本部が認定する患者等搬送事業者として不相当と認めるので、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	

問い合わせ先
四日市市消防本部消防救急課
電話059-356-2006

認定マーク等返納請求書

四消本消第 号
年 月 日

様

四日市市消防長

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「四日市市消防本部認定」の表示がある場合は、表示を削
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)	

問い合わせ先

四日市市消防本部消防救急課

電話059-356-2006

認定マーク等再交付申請書	
<p>四日市市消防長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名</p>	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印</p>
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	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者認定マーク（車椅子専用） <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車認定マーク <input type="checkbox"/> 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用自動車認定マーク（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、四日市市消防本部消防救急課へ提出してください。
- 4 * 印欄は記入しないでください。

附 則

この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

(消防本部消防救急課)