様式第８号（その１）

|  |
| --- |
| 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・患者等搬送用自動車（車椅子専用）の認定・更新について申請します。 |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 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 |

患者等搬送車両認定・更新申請書

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 | * 患者等搬送用自動車
 |
| * 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 |  |
| 車両 | 長さ |  | 高さ |  |
| 幅 |  |  |
| 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バックバルブマスク |  | 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（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 |