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 |