

様式第1号（第5条関係）（A4）

1 ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証

		
第 号		
患者等搬送事業者認定証		
様		
大阪市消防局が定める患者等搬送事業認定基準に適合していると認定する。		
1	所在地	
2	名称	
3	有効期間	
	年	月 日から
	年	月 日まで
	年	月 日
大阪市消防局長		
印		

2 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業者認定証



第 号

患者等搬送事業者認定証
(車椅子専用)

様

大阪市消防局が定める患者等搬送（車椅子専用）事業認定基準に適合していると認定する。

1 所在地

2 名称

3 有効期間

年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

大阪市消防局長

印

大消救第 号
年 月 日

様

大阪市消防局長

印

認定取消通知書

標題について、次の理由により大阪市消防局が認定する患者等搬送事業者として不適当と認められるので、認定を取り消します。

記

事業所名	
所在地	
管理責任者 職・氏名	
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
(理由)	

問合せ先
大阪市消防局救急部救急課
電話番号 ()

(その2)

営業区域					
営業時間				料 金	
患者等搬送用自動車台数		<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 台 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 台			
乗務員 総 数	名	<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 昼 名 夜 名 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車 昼 名 夜 名			
制 服	色		型 式		
年間営業実績件数	医療機関への 通入院		社会福祉施設 への送迎		
	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			
申請者が所有する他の患者等搬送事業所	有 ・ 無	有の場合は事務所の名称及び所在地を記入すること			
そ の 他	会員数		会 費		

様式第4号（第8条関係）

乗 務 員 名 簿

番 号	氏 名	年 齢	適 任 証			
			適任証種別	適任証番号	交付年月日	備 考
		歳				
		歳				
		歳				
		歳				
		歳				
		歳				
		歳				
		歳				
		歳				
		歳				

注 適任証種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員適任証 … 1
- 患者等搬送乗組員適任証（車椅子専用） … 2
- 提出時には、適任証の写し（表面及び裏面）を添付すること

様式第5号（第8条関係）（A4）

（その1）

患者等搬送用自動車届 事業所名							
種 別	<input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 寝台・車椅子兼用車 <input type="checkbox"/> 車椅子専用車						
車 両 へ の 収 容 方 法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ						
禁止されている 車 両 の 装 備	サイレン	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		赤色警告灯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
車 種（型式）				塗 色			
車 両 番 号				定 員	人		
患者等収容部分の大きさ				長 さ	mm		
				幅	mm		
				高 さ	mm		
換 気 装 置	有 ・ 無			冷 房 装 置	有 ・ 無		
暖 房 装 置	有 ・ 無			通 信 装 置 別	電 話 ・ 無 線 フ ァ ク シ ミ リ		
ストレッチャー等 固定装置	有 ・ 無			ストレッチャーの 患者固定用ベルト	有 ・ 無		
車椅子の固定装置	有 ・ 無			ストレッチャー 車椅子の収容台数			
ストレッチャーの 大きさ	長 さ	mm	幅	mm	高 さ	mm	
消毒実施記録票の 表示位置							
積 載 資 器 材							
品 名	数 量			品 名	数 量		

注 該当する□欄をチェックすること

(その2)

患者等搬送用自動車外観図（写真添付）その1

(前面)

(後面)

患者等搬送用自動車外観図（写真添付）その2

（右側面）

（左側面）

様式第6号（第8条関係）

1 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積載資器材一覧

分 類	品 名	数 量
呼吸管理用資器材	ポケットマスク	
	手動式人工呼吸器（バッグバブルマスク）	
創傷等保護用資器材	三角巾	
	包帯	
	ガーゼ	
	ばんそうこう	
	タオル	
保温・搬送用資器材	担架	
	まくら	
	敷物	
	保温用毛布	
消毒用資器材 （車両・資器材用）	噴霧消毒器	
	各種消毒薬	
その他の資器材	はさみ	
	ピンセット	
	感染防止用手袋	
	マスク	
	膿盆	
	汚物入れ	
	体温計	
	※AED	

※は、任意の積載とする。

2 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車

患者等搬送用自動車積載資器材一覧

分 類	品 名	数 量
呼吸管理用資器材	ポケットマスク	
	※手動式人工呼吸器（バッグバブルマスク）	
創傷等保護用資器材	三角巾	
	包帯	
	ガーゼ	
	ばんそうこう	
	タオル	
保温・搬送用資器材	担架	
	※まくら	
	※敷物	
	保温用毛布	
消毒用資器材 （車両・資器材用）	噴霧消毒器	
	各種消毒薬	
その他の資器材	はさみ	
	※ピンセット	
	感染防止用手袋	
	マスク	
	膿盆	
	汚物入れ	
	体温計	
	※AED	

※は、任意の積載とする。

様式第7号（第9条関係）

患者等搬送事業者申請受付簿

番号	区分		事業所名		備考
	事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業			
	所在地	電話番号 ()			
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定 ・ 否認定	
番号	区分		事業所名		備考
	事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業			
	所在地	電話番号 ()			
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定 ・ 否認定	
番号	区分		事業所名		備考
	事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業			
	所在地	電話番号 ()			
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定 ・ 否認定	
番号	区分		事業所名		備考
	事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業			
	所在地	電話番号 ()			
	申請年月日	年 月 日	審査結果	認定 ・ 否認定	

注1 区分欄には、認定の申請、再交付、更新及び取消等の別を記入すること

注2 事業内容欄は、認定申請書に記載されている申請事業に該当する□欄をチェックすること

第 号
年 月 日

消 防 局 長 様

消防署長
（担当： ）

患者等搬送事業者調査報告書

標題について、次の事業所を 年 月 日に調査しましたので報告します。

記

事業所	所在地	電話番号（ ）
	名称	
事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業	
管理責任者・職氏名		
(消防署長意見)		
項目別調査結果は、別表のとおり		

注 事業内容欄は、認定申請書に記載されている申請事業に該当する□欄をチェックすること

(別表)

調 査 項 目		調 査 結 果
1	乗務員の資格要件	
患者等搬送用自動車	(1) 緩衝装置	
	(2) 換気及び冷暖房装置	
	(3) 室内のスペース	
	(4) ストレッチャー等の固定	
	(5) 乗降を容易にする装置	
	(6) 通信、連絡装置	
	(7) 自動車検査証	
3	車 両 の 外 観	
4	車 体 の 表 示	
5	積 載 資 器 材	
6	消毒実施記録票の表示	
7	乗 務 員 の 服 装	
8	免 許 等	
9	パンフレット等の表示	
調 査 者	階 級 氏 名	印

認 定 審 査 基 準 表

事業所名			
所在地	電話番号（ ）		
管理責任者 職・氏名			
事 業 内 容	<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 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車		
	審 査 項 目	判 定	不 適 内 容
1	乗務員の資格要件	適 ・ 不適	
2 患 者 等 搬 送 用 自 動 車	(1) 緩衝装置	適 ・ 不適	
	(2) 換気及び冷暖房装置	適 ・ 不適	
	(3) 室内のスペース	適 ・ 不適	
	(4) ストレッチャー等の固定	適 ・ 不適	
	(5) 乗降を容易にする装置	適 ・ 不適	
	(6) 通信、連絡装置	適 ・ 不適	
	(7) 自動車検査証	適 ・ 不適	
3	車両の外観	適 ・ 不適	
4	車体の表示	適 ・ 不適	
5	積載資器材	適 ・ 不適	
6	消毒実施記録票の表示	適 ・ 不適	
7	乗務員の服装	適 ・ 不適	
8	免許等	適 ・ 不適	
9	パンフレット等の表示	適 ・ 不適	
備考			

注 事業内容欄は、認定申請書に記載されている申請事業に該当する口欄をチェックすること

様式第10号（第9条関係）

患者等搬送事業認定簿

認定番号	管轄署	事業所名		管理責任者
	所在地			電話番号
	認定年月日	年 月 日	備考	
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業			
認定番号	管轄署	事業所名		管理責任者
	所在地			電話番号
	認定年月日	年 月 日	備考	
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業			
認定番号	管轄署	事業所名		管理責任者
	所在地			電話番号
	認定年月日	年 月 日	備考	
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業			

注 認定事業内容欄は、該当する事業内容の□欄をチェックすること

様式第11号（第9条関係）（A4）

認定事業者台帳

事業所名		認定年月日	年 月 日
所在地		認定番号	
管理責任者 職・氏名		連絡先	
認定 事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業		
更新年月日	認定番号	更新年月日	認定番号
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
経 過	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
備 考			

注 認定事業内容欄は、該当する事業内容の□欄をチェックすること

様式第12号（第9条関係）（A4）

認定（否認定）結果通知書

大消救第 号
年 月 日

様

大阪市消防局長

印

年 月 日付で申請のあったことについては、次により認定する。
認定しない。

記

事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
認定番号	
否認定理由	

問合せ先
大阪市消防局救急部救急課
電話番号 ()

年 月 日

大阪市消防局長 様

受領者
職・氏名印 印

認 定 証 等 受 領 書

次のとおり、（認定証・事業者認定マーク・自動車認定マーク）を受領しました。なお、認定有効期間が経過したとき又は貴職から返納を求められた場合は、速やかに返納します。

記

所 在 地	電話番号 ()
名 称	
管 理 責 任 者 職 ・ 氏 名	
認 定 事 業 内 容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
認 定 証 有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
認 定 証 番 号	第 号

注 認定事業内容欄は、該当する事業内容の□欄をチェックすること

様式第14号（第12条関係）（A4）

認定証等再交付申請書

年 月 日

大阪市消防局長 様

申請者
住 所
職・氏名

次のとおり、証票を（亡失・滅失・破損）しましたので、再交付について申請します。

記

認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
証 票 名	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
事業所名	
所在地	電話番号 ()
認定証交付年月日	年 月 日
(理由)	
※ 受 付	

- 注 1 該当する□欄をチェックすること
2 ※には記入しないこと

大消救第 年 月 日
号

様

大阪市消防局長
印

認定証等返納請求書

次の事業所に係る認定証等を速やかに返納するよう請求する。

記

事業所名	
所在地	
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
(返納理由)	

問合せ先
大阪市消防局救急部救急課
電話番号 ()

業 務 内 容 変 更 届

年 月 日

大阪市消防局長 様

届出者 住 所
職・氏名

次のとおり、業務内容を変更しましたので届をいたします。

記

事業所名	
所在地	電話番号 ()
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
変更内容	<input type="checkbox"/> 事業所名 <input type="checkbox"/> 搬送自動車 <input type="checkbox"/> 乗務員名簿 <input type="checkbox"/> その他
(変更の詳細)	
※ 受 付	

- 注 1 該当する□欄をチェックすること
 2 認定事業内容の変更については、新たに認定申請が必要となる
 3 乗務員の変更の場合は乗務員名簿を、患者等搬送用自動車の変更の場合は患者等搬送用自動車届を添付すること
 4 ※には記入しないこと

様式第18号（第19条関係）（A 4）

患者等搬送事業廃止届

年 月 日

大阪市消防局長 様

届出者 住 所
職・氏名

次の事業所について、認定内容の業務を廃止しましたので届をいたします。

記

事業所名	
所在地	電話番号 ()
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
返納認定証等	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
返納不能認定証等	<input type="checkbox"/> 認定証 <input type="checkbox"/> 事業者認定マーク <input type="checkbox"/> 自動車認定マーク
返納不能理由	
※ 受 付	

- 注 1 該当する□欄をチェックすること
 2 返納認定証等欄に記載されている認定証等は全て返納すること
 3 ※には記入しないこと

患 者 等 搬 送 事 業 休 止 等 届

年 月 日

大阪市消防局長 様

届出者 住 所
職・氏名

次の事業所について、患者等搬送事業の（休止・再開）をしましたので届をいたします。

記

事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
認 定 事 業 内 容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
認 定 年 月 日	年 月 日
休 止 又 は 再 開 年 月 日	<input type="checkbox"/> 休止（休止日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 再開（再開日： 年 月 日）
休 止 理 由	
※ 受 付	

- 注 1 該当する□欄をチェックすること
 2 再開に伴い、業務内容の変更がある場合、「業務内容変更届」も併せて届け出ること
 3 ※には記入しないこと

年 月 日

大阪市消防局長 様

報告者 住 所
職・氏名

特 異 事 案 報 告 書

事業所名	
所在地	電話番号 ()
管理責任者	
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
発生日時	年 月 日 (曜) 時 分頃
発生場所	
乗務員氏名	
事案の概要	
対応(措置)	
※受付	

注 1 認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること

2 ※には記入しないこと

様式第20号（第22条関係）（A 4）

第 号
年 月 日

消 防 局 長 様

消防署長
(担当：)

認定事業者調査結果報告書

標題について、次の事業所を 年 月 日に調査しましたので報告します。

記

事業所	所在地	電話番号 ()
	名称	
認定事業内容	<input type="checkbox"/> ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業	
管理責任者・職氏名		
(消防署長意見)		
項目別調査結果は、別表のとおり		

注 認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること

(別表)

調 査 項 目		調 査 結 果
1	乗務員の資格要件	
2 患者等搬送用自動車	(1) 緩衝装置	
	(2) 換気及び冷暖房装置	
	(3) 室内のスペース	
	(4) ストレッチャー等の固定	
	(5) 乗降を容易にする装置	
	(6) 通信、連絡装置	
3	車両の外観	
4	車体の表示	
5	積載資器材	
6	消毒実施記録票の表示	
7	乗務員の服装	
8	免許等	
9	パンフレット等の表示	
10	1台あたりの乗務体制	
11	遵守義務の履行状況	
調 査 者	階 級 氏 名	印

様式第21号（第2条関係）

1 患者等搬送乗務員適任証

表紙（裏）

（表）

<p>※ 患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること。</p>	<p style="text-align: center;">第 号</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">患者等搬送乗務員 適任証</p> <p style="text-align: center;">大阪市消防局</p>
200mm	
70mm	

注 地色は水色とし、文字は黒色とする。

内側（第1面）

（第2面）

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">30mm</p> <p style="text-align: center;">写真</p> <p style="text-align: center;">40mm</p> <p style="text-align: center;">押出 大阪市消防局</p> </div> <p>氏名 年月日生</p> <p>本籍 年月日交付</p> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを証する。</p> <p>大阪市消防局長 印</p>	<p style="text-align: center;">再 講 習 受 講 欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">年月日</th> <th style="width: 15%;">実施本部</th> <th style="width: 15%;">年月日</th> <th style="width: 15%;">実施本部</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	年月日	実施本部	年月日	実施本部																								
年月日	実施本部	年月日	実施本部																										
200mm																													
70mm																													

2 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用）

表紙（裏）

（表）

<p>※ 患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯すること。</p>	<p style="text-align: center;">第 号</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">患者等搬送乗務員 適任証 （車椅子専用）</p> <p style="text-align: center;">大阪市消防局</p>
200mm	
70mm	

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）

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">30mm</p> <p style="text-align: center;">写真</p> <p style="text-align: center;">40mm</p> <p style="text-align: center;">押出 大阪市消防局</p> </div> <p>氏名 <small>ふりがな</small> 年 月 日生</p> <p>本籍 年 月 日交付</p> <p>上記の者は、患者等搬送乗務員 （車椅子専用）に適することを証する 大阪市消防局長 印</p>	<p style="text-align: center;">再 講 習 受 講 欄</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施本部</th> <th style="width: 15%;">年月日</th> <th style="width: 25%;">実施本部</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	年月日	実施本部	年月日	実施本部																								
年月日	実施本部	年月日	実施本部																										
200mm																													
70mm																													

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">基礎講習受講申込書</p> <p style="margin: 0;">大阪市消防局長 様</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">署名</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">日</td> <td></td> </tr> </table>	署名		年	月	日	
署名								
年	月							
日								
講習種別	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 (車椅子専用)							
のり付部分	(ふりがな)							
写真 (1枚)	氏名							
	生年月日	年 月 日生						
	住所	〒 -						
	電話番号:	()						
勤務先	名称							
	所在地	〒 -						
	電話番号:	()						
希望受講日	第 回 年 月 日 ~ 月 日							
※消防局受付欄		※申込先消防署受付欄						

- 注 1 希望する講習区分の□欄にチェックすること
- 2 受講申込者の電話番号は、講習開催に関する連絡事項がある場合に使用するもので、連絡が取りやすい番号を記入すること
- 3 各欄の記入については、はっきりと鮮明に記入すること
- 4 申込書は、申込者の居住地又は勤務先を管轄する消防署へ提出すること
- 5 ※には記入しないこと

基礎講習受講通知書		署名		受付番号	
		年 月 日			
様		大阪市消防局長			
講習種別	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）				
受講者氏名					
受講日時	第 回 年 月 日 ～ 月 日 各日 時 分 ～ 時 分				
講習会場	連絡先： ()				
受講に関する問合せ先	消防署 担当：				
	問合せ先電話番号： ()				
備考	申込先消防署発行欄				

受講上のご注意

- 本通知書を講習会場へお持ちください。
- 受講時間を厳守してください。
- 講習会場で、必ず受付の係員に出席した旨（受付番号や氏名）を告げてください。お申出のない場合は欠席とみなされることがあります。
- 受講中、病気や急用等で退場される場合は、必ず係員まで申し出て下さい。その場合、退場状況によっては最初から改めて講習を受講していただくことがあります。
- 講習会場へは、出来る限り公共交通機関（電車・バス等）でお越しください。
- この講習を完全に受けられなかった場合や修了考査の結果により、修了書を交付できないことがあります。
- 受講中の呼出し、連絡は特別な場合のほか行いません。
- 講習当日に欠席される場合は、必ず講習会場連絡先へ連絡してください。
- 気象状況や自然災害等で講習を中止することがあります。その場合、申込書に記入された受講者の電話番号へ連絡することがあります。
- 講習で使用するテキスト等は、受講者が事前に準備して講習会場にお持ちください。また、講習会場でもご購入できますので、詳しくは申込先消防署へお問い合わせください。

定期講習受講申込書		署名		受付番号	
大阪市消防局長 様		年 月 日			
講習種別		患者等搬送乗務員定期講習			
適任証	番号 交付日	第 号 年 月 日			
(ふりがな) 氏 名					
生年月日		年 月 日生			
住 所		〒 - 電話番号： ()			
勤務先	名 称				
	所在地	〒 - 電話番号： ()			
希望受講日		第 回 年 月 日			
※消防局受付欄			※申込先消防署受付欄		

- 注 1 受講申込者の電話番号は、講習開催に関する連絡事項がある場合に使用するので、連絡が取りやすい番号を記入すること
 2 各欄の記入については、はっきりと鮮明に記入すること
 3 申込書は、申込者の居住地又は勤務先を管轄する消防署へ提出すること
 4 ※には記入しないこと

定期講習受講通知書		署名		受付番号	
		年 月 日			
様		大阪市消防局長			
講習種別	患者等搬送乗務員定期講習				
受講者氏名					
適任証	番号 交付日	第	号	年	月 日
受講日時	第	回	年	月	日
		時	分	～	時 分
講習会場	連絡先： ()				
受講に関する問合せ先	消防署 担当： 問合せ先電話番号： ()				
備考	申込先消防署発行欄				

受講上のご注意

- 本通知書と適任証を講習会場へお持ちください。
- 受講時間を厳守してください。
- 講習会場で、必ず受付の係員に出席した旨（受付番号や氏名）を教えてください。お申出のない場合は欠席とみなされることがあります。
- 受講中、病気や急用等で退場される場合は、必ず係員まで申し出て下さい。その場合、退場状況によっては最初から改めて講習を受講していただくことがあります。
- 講習会場へは、出来る限り公共交通機関（電車・バス等）でお越しください。
- 受講中の呼出し、連絡は特別な場合のほか行いません。
- 講習当日に欠席される場合は、必ず講習会場連絡先へ連絡してください。
- 気象状況や自然災害等で講習を中止する場合があります。その場合、申込書に記入された受講者の電話番号へ連絡することがあります。
- 講習で使用するテキスト等は、受講者が事前に準備して講習会場にお持ちください。また、講習会場でもご購入できますので、詳しくは申込先消防署へお問い合わせください。

様式第23号（第16条関係）

基礎講習受講（修了）者名簿

番号	受付年月日	申請者氏名 住所	年齢	勤務先名称	受講状況	講習種別	修了証交付 年月日及び番号	適任証交付 年月日及び番号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号	年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号	年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号	年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号	年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号	年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号	年 月 日 第 号
	年 月 日		歳				年 月 日 第 号	年 月 日 第 号

注 講習種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員基礎講習 …… 1
- 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用） …… 2

様式第24号（第16条関係）（A 4）

1 患者等搬送乗務員基礎講習

第 号

修 了 証
様

あなたは患者等搬送乗務員基礎講習を修了されましたのでこれを証します。

年 月 日

大 阪 市 消 防 局 長

印

2 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）

第 号

修 了 証
（車椅子専用）

様

あなたは患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）を修了されましたのでこれを証します。

年 月 日

大 阪 市 消 防 局 長

印

第25号様式（第16条関係）（A4）

講習修了者等原簿			
ふりがな氏名	年 月 日生		
住所			
勤務先名	電話番号（ ）	適任証番号	
講習種別	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）		
修了証番号	第 号	講習修了年月日	年 月 日
特例認定番号	第 号	特例認定年月日	年 月 日
経過	基礎講習経過		

	定期講習受講経過		
年 月 日	受講消防本部	年 月 日	受講消防本部
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	
備考			

注 1 講習種別欄は、該当する種別の□欄にチェックすること
 2 修了証及び適任証を再交付した場合は、各々の再交付番号、再交付年月日を備考欄に記入すること

様式第27号（第16条関係）（A4）

特 例 認 定 申 請 書

年 月 日

大阪市消防局長 様

申請者
氏 名

特例認定について、次のとおり申請します。

記

のりづけ		氏 名		年 月 日生
30mm		住 所 〒		電話番号 ()
写真 40mm				
勤務先	名 称			
	所在地	〒	電話番号 ()	
※ 受 付 欄			※ 経 過 欄	

- 注 1 基礎講習を修了した者と同等以上と認められる資格を証明するものの写しを添付すること
- 2 写真は、申請前6ヶ月以内に撮影した無帽、上半身、無背景のもので、その裏面に撮影年月日、氏名及び年齢を記入すること
- 3 この写真は、適任証に使用しますので、写真貼付は「のり付部分」のみにしてください。
- 4 ※は記入しないこと

様式第28号 (第16条関係) (A 4)

特例認定申請受付簿					
番 号	勤務先名称				備 考
	(申請者) 氏 名 住 所				
	申 請 年月日	年 月 日	審査 結果	認定・否認定	
番 号	勤務先名称				備 考
	(申請者) 氏 名 住 所				
	申 請 年月日	年 月 日	審査 結果	認定・否認定	
番 号	勤務先名称				備 考
	(申請者) 氏 名 住 所				
	申 請 年月日	年 月 日	審査 結果	認定・否認定	
番 号	勤務先名称				備 考
	(申請者) 氏 名 住 所				
	申 請 年月日	年 月 日	審査 結果	認定・否認定	
番 号	勤務先名称				備 考
	(申請者) 氏 名 住 所				
	申 請 年月日	年 月 日	審査 結果	認定・否認定	

様式第30号（第16条関係）（A 4）

修了証再交付申請書

年 月 日

大阪市消防局長 様

申請者
住 所
氏 名

次のとおり、修了証を（亡失・滅失・破損）しましたので、再交付について申請します。

記

事業所名	
所在地	電話番号（ ）
資格取得年月日	年 月 日
修了講習種別	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）
(理由)	
※ 受 付	

注 1 ※には記入しないこと

2 修了講習種別欄は、再交付に係る種別に該当する□欄をチェックすること

様式第31号 (第16条関係) (A 4)

修了証等再交付申請受付簿			
番 号	勤務先名称		備考
	修了証	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用)	
	適任証	<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)	
	(申請者) 氏 名 住 所		
	申請年月日	年 月 日	
番 号	勤務先名称		備考
	修了証	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用)	
	適任証	<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)	
	(申請者) 氏 名 住 所		
	申請年月日	年 月 日	
番 号	勤務先名称		備考
	修了証	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用)	
	適任証	<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)	
	(申請者) 氏 名 住 所		
	申請年月日	年 月 日	
番 号	勤務先名称		備考
	修了証	<input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 <input type="checkbox"/> 患者等搬送乗務員修了証 (車椅子専用)	
	適任証	<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)	
	(申請者) 氏 名 住 所		
	申請年月日	年 月 日	

注 修了証及び適任証欄は、再交付に係る種別の□欄をチェックすること

様式第32号（第16条関係）

修 了 証 再 交 付 簿

番 号	申 請 者 氏 名	申 請 年 月 日	講 習 種 別	備 考
	申 請 者 住 所	再 交 付 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		

注 講習種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員基礎講習 … 1
- 患者等搬送乗務員基礎講習（車椅子専用）… 2

様式第33号（第16条関係）（A 4）

適任証再交付申請書

年 月 日

大阪市消防局長 様

申請者
住 所
氏 名

次のとおり、適任証を（亡失・滅失・破損）しましたので、再交付について申請します。

記

事業所名	
所在地	電話番号（ ）
適任証取得年月日	年 月 日
適任証種別	<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）
(理由)	
※ 受 付	

- 注 1 写真（申請1ヶ月以内に撮影した無帽、上半身、無背景、横30mm×縦40mmのもので、その裏面に撮影年月日、氏名を記載したもの）を添えて申請すること
- 2 適任証種別欄は、再交付に係る種別に該当する□欄をチェックすること
- 3 ※には記入しないこと

様式第34号（第16条関係）

適任証再交付簿

番 号	申 請 者 氏 名	申 請 年 月 日	適任証 種別	適任証 番号
	申 請 者 住 所	再 交 付 年 月 日		
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号
		年 月 日		第 号

注 適任証種別欄は、次に掲げる種別のうち、該当する種別の番号を記入すること

- 患者等搬送乗務員適任証 … 1
- 患者等搬送乗務員適任証（車椅子専用） … 2