様式第12号（その１）

患者等搬送用自動車届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | ｃｍ |
| 幅 | ｃｍ |
| 高さ | ｃｍ |
| 自動車の形態 | １　患者等搬送用自動車２　患者等搬送用自動車（車椅子専用） |
| 換気装置 | 有　・　無 | 冷房装置 | 有　・　無 |
| 暖房装置 | 有　・　無 | 通信装置種別（携帯用） | 電　話　・　無　線その他（　　　　） |
| 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 |
| ストレッチャーの大きさ | 長さ | ｃｍ | 巾 | ｃｍ | 高さ | ｃｍ |
| 定期消毒実施記録票の表示位置 |  | 乗降を容易にする装置※ | 有　・　無 |
| 積　　　載　　　資　　　器　　　材 |
|  品名 | 数量 |  品名 | 数量 |
|  | 　　　　 |  | 　　　　 |

備考

１　自動車の形態の欄は、該当する番号を〇印で囲んでください。

２　※印の欄は、患者等搬送用自動車（車椅子専用）の場合には、記入する必要がありません。

３　自動車の前後左右の４面を撮影した写真を貼付けてください。

（その２）

|  |
| --- |
| 自動車の写真（前面）（後面） |

（その３）

|  |
| --- |
| 自動車の写真（右側面）（左側面） |