別記様式第１０号（第２１条関係）

患 者 等 搬 送 用 自 動 車 届

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

種別	□ 寝台車 □ 車椅子・寝台兼用車 □ 車椅子専用車		
車両への収容方法	□ ストレッチャー □ リフト □ スロープ		
車種（型式）		自動車登録番号又は車両番号	
塗色		定員	人
暖房装置	□ 有 □ 無	冷房装置	□ 有 □ 無
換気装置	□ 有 □ 無	消毒実施記録票の位置	
ストレッチャーの固定装置	□ 有 □ 無	ストレッチャーの患者用固定ベルト	□ 有 □ 無
車椅子の固定装置	□ 有 □ 無	車椅子の患者用固定ベルト	□ 有 □ 無
患者等収容部分の大きさ	長さ＿＿＿＿cm 幅＿＿＿＿cm 高さ＿＿＿＿cm		
通信装置種別	電話・無線・ファクシミリ・その他（ ）		

積 載 資 器 材

品名	数量	品名	数量

備考　１　車両の前面，後面，右側面及び左側面の写真を添付すること。

２　該当する区分の□に✔印を記入すること。

３　この届出書は，２部提出してください。