

患者等搬送事業者搬送状況調（報告）

事業者名：

担当者：

連絡先（電話番号）

No	消防本部(局)名	患者等搬送事業者の認定状況						搬送状況		備考	
		会社数	事業所数			適任証保有者数（人）		認定車両台数（台）			搬送件数 (車椅子専用含む)
			うち※1	うち※2	うち※3	うち 車椅子専用	うち 車椅子専用	うち※4 病院搬送件数			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
合 計											

- (注) ※1 ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車のみを有する事業所
 ※2 車椅子のみを固定できる自動車のみを有する事業所
 ※3 ※1及び※2のいずれも有する事業所
 ※4 医療機関から医療機関までの搬送（医療従事者の同乗の有無は問わず）