様式第３号（第３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）		車両番号	
車両台数	寝台車＿＿台、車椅子・寝台兼用車＿＿台、車椅子専用車＿＿台		
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

車両写真添付 （前面）
車両写真添付 （後面）

車両写真添付 （右側面）
車両写真添付 （左側面）