様式第３２号

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転院搬送件数 |
| 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）