

様式第 3 2 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）