

様式第 19 号

特 異 事 案 報 告 書	
年 月 日	
和泉市消防長あて	
報告者 住 所 職・氏名	
特異事案について、下記のとおり報告いたします。	
記	
事 業 所 名	
所 在 地	〒 ー 電話： ()
管 理 責 任 者	
認 定 事 業 内 容	☐ ストレッチャー及び車椅子等を固定できる自動車による患者等搬送事業 ☐ 車椅子のみを固定できる自動車による患者等搬送事業
発 生 日 時	年 月 日 () 時 分頃
発 生 場 所	
乗 務 員 氏 名	
収容予定医療機関	
変更後の医療機関	
変 更 理 由	
事 案 の 概 要	
対 応 措 置	
※ 受 付	

ご注意

- 1 認定事業内容欄には、認定事業内容を□欄にチェックしてください。
- 2 認定事業者は、搬送業務を実施中、搬送業務の遂行に支障を及ぼす重大な事故等を発生させたときは、速やかに報告してください。
- 3 ※欄には、記入しないでください。