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 | | 〒　　　－  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。