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。