特異事案報告書

年　　月　　日

　下田消防本部消防長　　様

報告者

住　所

氏　名

電　話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  |
| 所在地 | | 電話　　　　　　（　　　　） |
| 認定番号 | |  |
| 認定事業内容 | | □　ストレッチャー、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　　分ごろ |
| 発生場所 | |  |
| 乗務員氏名 | |  |
| 事案の概要 |  | |
| 対応(措置) |  | |

備考　認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること。