

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。