様式第18号（第19条関係）

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日田辺市消防長　様報告者　住　　所職・氏名　　　　　　　　　　印特異事案報告書 |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 電話番号　　　（　　　） |
| 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（　　　曜日）　　　時　　　分頃 |
| 発生場所 |  |
| 乗務員氏名 |  |
| 事案の概要 |  |
| 対応（措置） |  |
| ※受付 |  |

注　１　認定事業内容欄は、該当する□欄をチェックすること。

２　※には記入しないこと。