様式第１５号（第１２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 事故発生報告書  　　年　　月　　日  　　　新見市消防長　様  報告者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　所在地  名　称  代表者氏名  患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）に係る事故について、次のとおり報告します。 | |
| 事業区分 | □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 |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 乗務員氏名 |  |
| 事故発生年月日 | 年　　月　　日 |
| 事故概要 |  |
| 経過措置 |  |
| ※摘　要 |  |

注　※欄には記入しないこと。