

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	<input type="checkbox"/> 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 <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
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。