

様式第16号（第14条関係）

患者等搬送事業者等特異事案報告書

年 月 日	
御殿場市・小山町広域行政組合 消防長 様	
報告者 住所 〒 _____ _____	
氏名 _____	
電話 () _____	
患者等搬送事業者等の種別	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業者（車椅子専用）
事業所名	
認定番号	
発生日時	年 月 日 時 分
発生場所	
乗務員氏名	
収容予定医療機関	
※ 受付欄	※ 特記事項

備考

- 1 報告者は、法人にあってはその名称、代表者氏名及び主たる事業所（事務所）の所在地を記載すること。
- 2 該当する□印に、レ点を付けること。
- 3 ※印の欄は、記入しないこと。

(裏面)

事 案 の 概 要	
対 応 ・ 処 置	