

年 月 日

(宛先)彦根市消防本部消防長

(報告者)所 在 地

名 称

代表者氏名

患者等搬送事業等事故発生等報告書

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)に係る事故等について次のとおり報告します。

|       |                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名  |                                                                                              |
| 所在地   |                                                                                              |
| 責任者氏名 |                                                                                              |
| 発生年月日 |                                                                                              |
| 区分    | 1 患者等搬送事業等の遂行に当たり、重大な事故が発生させた場合<br>2 患者等の搬送中に容態が変化し、応急処置を実施した場合<br>3 患者等の搬送中に容態が変化し、救急要請した場合 |
| 乗務員氏名 |                                                                                              |
| 発生状況  |                                                                                              |
| 経過措置  |                                                                                              |
| ※ 摘要  |                                                                                              |

注 ※印の欄は、記入しないでください。