

様式第19号

年 月 日	
大阪南消防局長 様	
報告者 住 所	
職・氏 名	
印	
特 異 事 案 報 告 書	
事 業 所 名	
所 在 地	電話番号 ()
管 理 責 任 者	
認 定 事 業 内 容	<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
発 生 日 時	年 月 日 (曜) 時 分頃
発 生 場 所	
乗 務 員 氏 名	
収 容 予 定 医 療 機 関	
変 更 後 の 医 療 機 関	
変 更 理 由	
事 案 の 概 要	
対 応 措 置	
※ 受 付	
注	1 認定事業内容欄には、認定事業内容を□欄にチェックすること 2 認定事業者は、搬送業務を実施中、搬送業務の遂行に支障を及ぼす重大な事故等を発生させたときは、速やかに報告すること