

第12号様式（第14条関係）

<p><b>患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用) 事故発生報告書</b></p> <p style="text-align: right;">年        月        日</p> <p>茅ヶ崎市消防長</p> <p style="text-align: center;">(報告者) 所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所名</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）にかかる事故について次のとおり報告します。</p>	
事業所名	
所在地	電話        (        )
責任者氏名	
事故発生年月日	年        月        日
事故の概要	
経過措置	
※ 摘要	

注 1 ※印の欄は記入しないでください。