

第12号様式（第14条関係）

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	
年 月 日	
茅ヶ崎市消防長	
(報告者) 所在地	
事業所名	
代表者氏名	
患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）にかかる事故について次のとおり報告します。	
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。