

特異事案報告書

年 月 日	
我孫子市消防長 あて	
申請者（経営者） 住所 職・氏名 印	
事業区分	<input type="checkbox"/> 患者等搬送事業 <input type="checkbox"/> 患者等搬送事業（車椅子専用）
事業所名	
所在地	
連絡先	
管理責任者 職・氏名	
認定番号	
発生日時	
報告区分	第35条第2項 <input type="checkbox"/> （1） <input type="checkbox"/> （2） <input type="checkbox"/> （3） <input type="checkbox"/> （4） <input type="checkbox"/> （その他）
乗務員氏名	
事案の概要	
対応・処置	

備考

※該当する区分に☑を付すること。