

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

倉敷市消防局長 あて

（報告者）

所在地

名称

代表者氏名

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

事業所名	
所在地	
責任者氏名	
事故発生年月日	年 月 日
事故概要	
経過措置	
※摘要	

注 ※印の欄は、記入しないこと。