様式第19号（第20条関係）（Ａ４）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　大阪市消防局長　様報告者　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名特　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 | □　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□　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 |  |  |
|  | 事案の概要 |  |  |
|  | 対応（措置） |  |  |
|  | ※受付 |  |  |
| 注　１　認定事業内容欄は、該当する認定事業の□欄をチェックすること　　２　※には記入しないこと |