

別記様式第21号（第29条関係）

搬 送 状 況 報 告 書		年 月 日
福山地区消防組合消防局長 様		報告者 住 所 職・名前
印		
搬送状況について、福山地区消防組合患者等搬送事業指導及び認定に関する要綱第29条第2項の規定により、次のとおり報告します。		
事業所名		
所在地	電話 ()	
認定番号		
認定車両台数	ストレッチャー及び車椅子を固定できる自動車	台
	車椅子を固定できる自動車	台
適任証保有者数	人	(うち車椅子専用 人)
対象期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
搬送件数	ストレッチャー及び車椅子	件
	車椅子専用	件
自宅等から医療機関への搬送	ストレッチャー及び車椅子	件
	車椅子専用	件
医療機関から医療機関への搬送	ストレッチャー及び車椅子	件
	車椅子専用	件
* 受付欄	* 経過欄	

備考 1 報告書は、福山地区消防組合消防局救急救助課又は事業所を管轄する消防署に2部提出してください。

2 *印欄は記入しないでください。