

別記様式第 2 1 号（第 2 9 条関係）

搬 送 状 況 報 告 書		
福山地区消防組合消防局長 様		年 月 日
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 2 9 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。