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。