

救急搬送証明願

年 月 日

赤磐市消防本部 消防長 殿

申請者 住 所
氏 名

印

貴消防本部所属の救急車により、下記のとおり搬送したことの証明をお願いします。

救急搬送月日	年 月 日	
事故発生場所		
事故種別		
傷病者 住 所 職 業 氏名・年齢	年 月 日生 (満 歳)	
収容医療機関		
傷病者と申請者 との関係		
証明を必要と する理由		必要な枚数
備 考		受付欄

手数料納入済		手数料免除		原本に相違なく 通交付
--------	--	-------	--	-------------

※ 太線内のみ記入してください。