

救急搬送証明願

名西消防組合消防長 殿

申請者（電話）

住 所

氏 名 印

平成 年 月 日 時 分ごろ 発生した救急事故につき
() の請求手続き上必要といたしますので
証明願います。

記

傷病者	住 所			
	氏 名			男 · 女
	生年月日	M · T · S · H	年 月 日	才
事故発生年月日	平成 年 月 日 時 分ごろ			
事故発生場所				
※ 受付欄		※ 経過欄	※ 手数料欄	