

救 急 搬 送 証 明 願

年 月 日

新見市消防署長 様

申請者 住 所
氏 名

印

次のとおり搬送したことについて証明をお願いします。

搬 送 日	年 月 日 ()
発 生 場 所	
傷 病 者	住 所
	氏 名
	生 年 月 日 ・ 年 齢
搬 送 先 医 療 機 関	年 月 日 生 歳
傷 病 者 と 申 請 者 と の 関 係	
証 明 書 を 必 要 と す る 理 由	
必 要 枚 数	
備 考	