

救急搬送証明願

年 月 日

高梁市消防署長

様

申請者 住所
氏名

下記のとおり、搬送したことについて証明をお願いします。

搬送日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分		
発生場所			
被搬送者	住所		
	氏名	生年月日	年 月 日生
		年齢	歳
搬送先医療機関			
被搬送者と申請者との関係			
証明を必要とする理由及び提出先			必要枚数
備考			受付欄