

搬送者氏名	ふりがな		
住 所			
生 年 月 日	明大 昭平	年 月 日 生 歳	職 業
※ 発 生 日 時	平成 年 月 日 時 分		
※ 発 生 場 所			
※ 発 生 理 由 傷 病 程 度			
※ 収容医療機関			
証明書使用目的			
証明書提出先			

上記のとおり、救急搬送したことを証明願います。

平成 年 月 日

砂川地区広域消防組合
砂川消防署

署 長 青 木 治 様

住 所

申 請 者

氏 名

㊞

.....

証明第 号

上記のとおり、救急搬送したことを証明する。

平成 年 月 日

砂川地区広域消防組合
砂川消防署
署 長 青 木 治

備考 ※印の欄は、記入しないこと。

救 急 搬 送 証 明 申 請 書