

救急搬送証明願

年 月 日

北上地区消防組合消防本部  
消防長 様

申請者 住所 .....

氏名 .....

電話 .....

証明を受けたい人との関係

本人  家族 ( )

その他 ( )

下記のとおり救急隊により医療機関へ搬送されたことを証明願います。

傷病者住所	
傷病者氏名	
傷病者生年月日	
救急要請日時	年 月 日 時 分ころ
救急要請場所	
収容医療機関名	
医療機関収容日時	年 月 日 時 分ころ
使用目的	
必要部数	部

※本人確認方法	
※受付欄	※経過欄

備考1 申請者が本人又は二親等以内の親類以外の場合は、委任状を添えて申請してください。

2 ※印の欄は記入しないでください。